Rok XLIX. Kraków, dnia 1. października 1910. Nr 40.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Z kliniki chirurgicznej Uniwersytetu Jagiellońskiego. (Dyrektor Prof. Dr B. Kader).

W sprawie operacyjnego otwierania wyrostka sutkowego i ucha środkowego

napisał

Dr Z. Radliński,
pierwszy asystent kliniki.

(Dokończenie).

Jak wiadomo skrzep w zatoce esowatej odgrywa bardzo ważną rolę w powstawaniu jednego z najcięższych powikłań, zdarzających się w zaniedbanych przypadkach, mianowicie ropnicy pochodzenia usznego.

Czy zatoka jest drożną, czy też zaczopowaną? W razie jeżeli jest zaczopowaną, to przy istnieniu objawów rozpoczynającej się ropnicy nie możemy nigdy liczyć na to, by zakrzep był jałowym (Grunert — Gerber) i zaczopowaną zatokę uważamy za zakażoną. Rozpoznanie drożności lub zaczopowania zatoki przedstawia nieraz poważne trudności. Podano tu cały szereg sposobów rozpoznawczych, żaden z nich jednak zupełnie pewnym nie jest. Ściana zatoki błękitnawo przeświecająca i tętniąca w znaczeniu t. zw. »ujemnego tętna żylnego«, współczesnego z ruchami oddechowymi, wskazuje wprawdzie na drożność zatoki w całości, nie wyłącza jednak istnienia zakrzepu przyściennego. W tych przypadkach wątpliwości muszą na razie pozostać nierozstrzygnięte, takiej zatoki nie otwieramy i wyczekujemy dalszego przebiegu. Natomiast nieruchomość ściany zatoki i zmiana barwy z błękitnej na żółtawą lub szarawą mogą powstać przez istnienie ropnia w rowku esowatym bez zaczopowania zatoki, a tylko w skutek zgrubienia i pokrycia ziarniną jej ścian; jest to jednak objaw już bardzo podejrzany. W tych razach można, wyzyskując pomysł bezkrwawego otwierania zatoki esowatej E. Meyera (Ostmann), spróbować przekonać się o drożności zatoki w sposób następujący. Pomiędzy kość a ścianę zatoki u dołu (ku żyle szyjnej) wprowadza się tamponik z gazy, zaciskający zatokę. Następnie ostrożnie posuwając wzdłuż ściany zatoki tampon z gazy wyciskamy z niej krew ku górze. Należy to robić bardzo delikatnie, aby nie oderwać od ściany zatoki, wzgl. nie uruchomić zakażonych skrzepów. Po wyciśnięciu krwi między ścianę zatoki i kość wprowadzamy drugi tamponik. W ten sposób otrzymujemy opróżniony odcinek zatoki pomiędzy tamponami. Jeżeli teraz szybko usuniemy górny tamponik i spostrzeżemy ruch fali płynu, przebiegającej w dół ku dolnemu zatkaniu, — możemy przypuszczać drożność zatoki. Wykonanie tej próby ułatwić może ustawienie głowy w ten sposób, aby przy skręceniu jej na bok operowany wyrostek sutkowy stanął nad stawem mostkowo-obojczykowym (Mann-Ostmann). Przy tem bowiem położeniu głowy najwyraźniej występuje tętnienie zatoki esowatej.

Niejednokrotnie z powodzeniem stosowaliśmy sposób polegający na posuwaniu grubego zgłębnika gałkowatego przy lekkim ucisku wzdłuż ściany zatoki. Wyczuwana przy tem podatność ściany zatoki i powstające tylko pod główką zgłębnika zagłębienie przemawia za drożnością zatoki, a natomiast mała podatność i zagłębienie się pod uciskiem szerszego lejka opony w głąb świadczą o zaczopowaniu. Niezupełnie pewny jest również wynik nakłucia próbnego strzykawką, a stanowi ono, — bądź co bądź, pewne niebezpieczeństwo zakażenia, ponieważ igłę strzykawki wprowadzamy zawsze od strony zakażonego otoczenia, a nakłuwana zatoka może być niezakażoną i drożną. Nakłucie robić należy możliwie cienką igłą, w kierunku prądu krwi i możliwie równolegle do osi zatoki, aby nie wywołać wirów i nie przebić jej ściany przyśrodkowej. Otrzymujemy z nakłucia albo ropę wzgl. posokę, albo krew, albo nie otrzymujemy nic. Pierwszy wynik jest pewny i wskazuje wprost na potrzebę otwarcia zatoki, — drugi i trzeci w dalszym ciągu nietylko co do jakości zakrzepu, ale nawet co do jego stosunku do drożności zatoki nie daje wyraźnej wskazówki. O ile bowiem otrzymamy krew, może mimo to w zatoce się znajdować rozpadający się skrzep przyścienny, któryśmy igłą przebili i poza niego przeszli. O ile nie otrzymujemy nic, może zatoka mimo to być niezupełnie zaczopowaną, a tylko koniec igły utkwił w skrzepie przyściennym. Być może, że byłoby tu dogodne stosowanie do nakłucia próbnego nie zwykłej strzykawki Pravaza, wymagającej pociągania za tłok dla wywołania aspiracyi, ale takiej odmiany strzykawki, która ma urządzenie do utrzymania w cylindrze stałego ciśnienia ujemnego i która w tym dopiero stale ssącym stanie wprowadzona w głąb, aspiruje, jak tylko natrafi na płynną zawartość. Pomysł takiej strzykawki ogłoszony został w Ctb. für Chir. r. 1908 Nr. 18 przez Neuhausa, a już dawniej wyrabiał takie strzykawki Collin. Na ogół, nakłucie próbne pozostaje względnie niewinnym, i lepszym od innych sposobem rozpoznawczym.

Stwierdziwszy skrzep wzgl. ropę musimy je usunąć. Jest to wskazanie życiowe. Należy jednak pamiętać o tem, że przytem możemy spowodować oderwanie się skrzepu i porwanie go z prądem krwi ze wszystkiemi zgubnemi następstwami. Wiemy, że zakażone skrzepy w żyłach ulegają prawie zawsze rozpadowi ropnemu przedewszystkiem w częściach środkowych; na końcach są zawsze nawarstwienia świeże, do czasu zwykle niezakażone i na uwzględnieniu tego faktu opiera się całe dalsze postępowanie. Przedewszystkiem staramy się zapobiedz przedostaniu się skrzepu do krwiobiegu. Zaufal zaproponował w tym celu już w r. 1880 podwiązanie żyły szyjnej.

Przeglądając piśmiennictwo odnośne otrzymuje się wrażenie, że chirurdzy i otyatrzy do dnia dzisiejszego nie byli w stanie rozstrzygnąć sprawy skuteczności tego zabiegu i należy stwierdzić, że podwiązanie żyły szyjnej nie spełniło na ogół nadziei w niem pokładanych.

Ze stanowiska zasadniczego musimy jednak uznać racyonalność metody Zaufala. Wyniki niepomyślne przynajmniej w pewnej części przypadków pochodzą stąd, że stosuje się ją w przypadkach bardzo ciężkich i przeważnie za późno.

Statystyka Körnera, obejmująca 308 przypadków zakrzepów w zatoce esowatej, nie wykazuje poprawy wyników po zastosowaniu podwiązania żyły szyjnej; liczba wyzdrowień w przypadkach bez podwiązania wynosiła 58%, z podwiązaniem 55 — 59%. Można więc zaledwie powiedzieć, że podwiązanie żyły szyjnej pozwoliło te przypadki gdzie je stosowano, utrzymać na jednym poziomie z tymi, gdzie nie uznano za potrzebne żyły podwiązywać.

O ile szerzeniu się zakażenia ku ogólnemu krążeniu podwiązanie żyły stawia zaporę, o tyle z góry można przypuszczać, że nie zapobiega ono, a w pewnych przypadkach może i sprzyja powstawaniu zakażonego zakrzepu pomiędzy zatoką esowatą a miejscem podwiązanem[1]). Na przestrzeni tej wpada do zatoki esowatej w dolnym jej końcu dolna zatoka skalista (sinus petrosus inferior), której zaczopowanie i zakażenie wieść może do szerzenia się sprawy zakaźnej dalej ku zatoce jamistej (sinus cavernosus), a to stanowi już powikłanie, wobec którego jesteśmy zupełnie bezsilni, pomimo, że spotykamy się z teoretycznemi rozważaniami, w jaki sposób możnaby do tej zatoki dotrzeć i ją opróżnić (Waserman, Tavernier).

Dalej nie obojętnem a nawet groźnem może być już samo podwiązanie żyły szyjnej wewnętrznej wobec tego. że niekiedy bywa ona na jednej stronie słabo rozwiniętą w swym przebiegu górnym (opuszka — bulbus). Podwiązanie w tych razach może wywołać zastój żylny w mózgu i obrzęk, nawet z zejściem śmiertelnem wskutek jego rozmięknienia (encephalomalacia), jak o tem świadczą 2 przypadki z kliniki Brunsa (Ostmann). Dzięki badaniom anatomo-statystycznym Körnera wiemy, że wrodzona wązkość opuszki żyły szyjnej zdarza się przeważnie po stronie lewej; autor ten zwrócił również uwagę, że prawa strona ulega częściej schorzeniu, a więc właśnie dać może powód do podwiązania żyły przy zwężeniu żyły po drugiej stronie. To są powody, dla których podwiązywanie żyły szyjnej bywa obecnie wykonywane rzadziej niż dawniej i zawsze z jednoczesnem otworzeniem zatoki esowatej bezpośrednio przed lub po podwiązaniu, ale przy tym samym zabiegu.

Przytoczone dowody przeciw podwiązaniu żyły szyjnej są ze stanowiska niebezpieczeństwa wtargnięcia skrzepu z żyły szyjnej do krwiobiegu tak mało znaczące, że niepodwiązanie tej żyły w przypadkach zakrzepu uważać należy za błąd.

Technika podwiązki żyły szyjnej, stosowana przez prof. Kadera przedstawia pewne odrębności. Przedewszystkiem przystępuje się do podwiązania żyły, powziąwszy podejrzenie na zakrzep w zatoce esowatej czy to już odsłoniętej, czy jeszcze nie, zawsze przed nacięciem zatoki.

Żyłę szyjną odsłania się aż do mostka, i podwiązuje żyłę twarzową wspólną (v. facialis commun.), aby krew z niej nie zaciemniała obrazu. Tuż ponad mostkiem zakłada się na żyłę szyjną podwiązkę. Jeżeli potem żyła szyjna ponad podwiązką napełnia się krwią, to może to nastąpić albo dla tego, że zatoka esowata jest drożna, albo dla tego, że skrzep w niej nie sięga w dół do opuszki żyły szyjnej (bulbus v. jugul.) — miejsca wpadnięcia zatoki skalistej dolnej (sin. petrosus infer.). W tych przypadkach nie robi się nic więcej i ranę się częściowo tamponuje. W razie jeżeli żyła ponad podwiązką pozostaje pustą albo wyczuwa się w niej skrzep, otwiera się żyłę wzdłuż prawie aż do opuszki i usuwa ewentualne skrzepy, i do kanału żylnego ku górze wprowadza cienki sączek gumowy, podobnie jak Körner, który podwiązkę na żyłę nakłada na poziomie żyły twarzowej wspólnej.

Przed nacięciem żyły szyjnej w tych razach otwiera się zatokę wzdłuż i opróżnia za pomocą szczypczyków i łyżeczki ze skrzepów i ropy, aż buchnie płynna krew. Niekiedy wypada w tych razach idąc za skrzepem przedłużyć cięcie skórne ku tyłowi, ściąć odpowiednie miejsca kości potylicznej i obnażyć i naciąć zatokę poprzeczną, czasem aż do torcular Herophili. Tamponada zatoki gazą przeciwgnilną kończy zabieg.

Względy techniczne w razie jeżeli zastaniemy tu jeszcze skrzep nie pozwalają iść dalej. Jak wspomniałem, nie łudzimy się co do tego, by pozornie zdrowy skrzep miał być jałowym, — jednakże po zapewnieniu odpływu powstającej wydzielinie ropnej ku otwartej części zatoki na końcu takiego skrzepu pozostaje rzeczywiście zdrowa jego warstwa, a zakażona rozpada się i ma ujście na zewnątrz.

Dawniej czasami w naszej klinice stosowano ostrożne przepłukiwanie kanału żylnego od góry, od strony zatoki esowatej ku dołowi — podobnie, jak to robili Cheatie i Clatton, a także Grunert — bezpośrednio po dokonaniu wyżej opisanego zabiegu. Obecnie odstąpiliśmy od tego i stosujemy przepłukiwanie tylko w dalszym przebiegu pooperacyjnym w razie obfitszej wydzieliny z kanału żylnego.

Pomijam wypracowane obecnie jako samodzielne metody operacyjne sposoby udostępnienia i opróżnienia zaczopowanej opuszki żyły szyjnej (bulbus v. jugularis) [Voss, Grunert], ponieważ własnego doświadczenia w tej sprawie nie posiadam, a zdaje mi się, że opróżnienie samej zatoki esowatej daleko ku tyłowi i w dół po uprzedniem podwiązaniu żyły szyjnej dadzą chyba prawie to samo, co wspomniane zabiegi; przytem zabiegi Vossa i Grunerta mogą po-

---

[1]) Pt. zestawienie materyału klinicznego przy końcu pracy, jak również jeden przypadek Heinego.

ciągnąć za sobą bardzo łatwo uszkodzenia nerwu twarzowego, przynajmniej przy zwykłej technice i znajomości anatomii.

Na zakończenie podnieść muszę, że przy pooperacyjnem zaopatrywaniu rany, powstającej przy zabiegu typu doszczętnego dążymy i w klinice naszej do ułatwienia i przyśpieszenia wysłania naskórkiem jamy kostnej.

Przez szew zupełny zausznej części rany otrzymujemy duży podatny płat z części miękkich, składający się częściowo z płatu skórno-okostnego, uzyskanego dla odsłonięcia wyrostka sutkowego, częściowo z przewodu skórnego i małżowiny.

Przewód skórny i część małżowiny przecinamy poziomo wzdłuż tylnej ściany i ściśle wypełniamy go wraz z zagłębieniem małżowiny dużym tamponem z gazy sięgającym do dna jamy bębenkowej. Tampon przyciska ku tyłowi uruchomione części miękkie ku jamie kostnej. Prócz tego, przez niezaszytą część tylnego ramienia cięcia skórnego na wierzchołku wyrostka sutkowego, podobnie jak po operacjach w przypadkach ostrych, wprowadzamy wązki pasek gazy dla ułatwienia odpływu wydzieliny.

Gazę usuwa się z przewodu słuchowego po 4—5 dniach, zastępując ją świeżą, niemniej szczelnie wypełniającą jamę rany od strony ucha zewnętrznego. Po 10—14 dniach zastępuje się gazę dobrze do kalibru nowo wytworzonego przewodu słuchowego dopasowanym krótkim, grubym drenem gumowym. Sączek z gazy z za ucha usuwa się już przedtem i również zamienia się drenikiem gumowym, który się zupełnie usuwa możliwie szybko. Dalsze leczenie prowadzi się od strony ucha zewnętrznego.

W ten sposób osiąga się epidermizacyę jamy pooperacyjnej zawsze tak, iż nigdy nie byliśmy zmuszeni stosować następowych przeszczepiań naskórka sposobem Thierscha na ziarnkujące powierzchnie w jamie operacyjnej od strony ucha. Sama jama pooperacyjna jest mniejsza i mniej zniekształca wewnętrzny obraz małżowiny, niż to bywa w razach stosowania rozleglejszych plastyk z wklęsłej części małżowiny.

Nadmieniam, że w razie perlaka tamponowanie rany pooperacyjnej musi trwać znacznie dłużej, niż w przypadkach, operowanych z powodu próchnienia. W razie powikłań ze strony opon mózgowych (ropnie) lub zatoki (zakrzep) rozleglejsza tamponada gazą i mniejsze zwężenie szwami rany operacyjnej, wzgl. pozostawienie bez szwu i tamponowanie górnej części rany zausznej, rozumieją się same przez się; wspominam o tem tylko dla zupełnośc opisu.

Przypadki ostatnio wymienione prowadzą znacznie częściej, niż typowo leczone, do pozostawania przetok za uchem. Usuwanie takich przetok w klinice naszej wykonuje się również odmiennie, niż gdzieindziej (Passow, Trautmann, Mosetig-Moorhof). Mianowicie wycina się przetokę, odświeża tylną powierzchnię małżowiny, uruchamia ją wraz z poziomo wzdłuż przeciętym przewodem słuchowym skórnym, małżowinę przesuwa ku tyłowi, zakrywając nią miejsce przetoki.

Bliższe szczegóły tego postępowania będą przedmiotem osobnej publikacyi.

Koledze M. Hładijowi składam podziękowanie za uprzejme wykonanie i staranne wykończenie zdjęć fotograficznych z preparatów.

Zestawienie materyału klinicznego.

(Od r. 1900/1 do końca 1908/9).

I. Grupa pierwsza: — przypadki ostrego zapalenia wyrostka sutkowego w przebiegu ostrego zapalenia ucha środkowego, przed wzgl. niebawem po przebiciu błony bębenkowej.

Grupa ta obejmuje 12 przypadków.

Najwcześniej od początku ostrego zapalenia ucha środkowego operowano w tej grupie w 8-ym dniu, najpóźniej — w 6-ym tygodniu, przyczem ostatni ten przypadek dla tego do tej grupy został zaliczony, że nie było zupełnie przedziurawienia błony bębenkowej, a więc był jakby długotrwały pierwszy okres zapalenia ucha środkowego.

W tej grupie ostrych przypadków mamy aż 3 zejścia śmiertelne.

1. K. J. 60. Od 3 tygodni bóle w uchu prawem i odrazu bolesność na wyrostku sutkowym. Po paru dniach bóle przy ruchach głowy, przy utrzymaniu się bolów za uchem i w uchu. Po przyjęciu do kliniki stwierdzono ostre zapalenie ucha środkowego z obrzękiem i bolesnością na wyrostku sutkowym. Ciepłota około 38°. Na razie przekłucie błony bębenkowej, wypuszczenie małej ilości ropy, okład na ucho. Po 5 dniach stwierdzenie i nacięcie ropnia w gardzieli z prawej strony. Gorączka utrzymuje się, stan ogólny pogarsza. Po dalszych 5 dniach — odsłonięcie wyrostka sutkowego i dotarcie wzdłuż jego dolnego brzegu do ropnia, leżącego pod podstawą czaszki i opuszczającego się wzdłuż bocznej ściany gardzieli do poziomu IV kręgu szyjnego. Wyrostka nie trepanowano. Nazajutrz zejście śmiertelne. Badanie pośmiertne, dokonane w zakładzie anatomii patologicznej Uniw. Jagiel. wykazało rozlane zapalenie opon mózgowych, skrzepy rozpadłe w prawej zatoce esowatej i opuszce żyły szyjnej i prócz tego ropień w jamie sutkowej w wyrostku o budowie sklerotycznej. Ropień u podstawy czaszki — otwarty przy operacyi.

2. M. I. 8. Od 17 dni ostre zapalenie ucha środkowego lewego, po tygodniu również prawego, obustronny ropotok z ucha. Wyraźne zapalenie lewego wyrostka sutkowego. Trepanacya wyrostka wykazała ropę w jamie sutkowej, ropień okołozatokowy, zakrzep w zatoce esowatej. Podwiązanie żyły szyjnej, opróżnienie zatoki. Tamponada. Po jednodniowej względnej poprawie znów wysoka ciepłota, bóle na prawym wyrostku sutkowym. Po 2 dniach trepanacya prawego wyrostka — wykazuje ropę w jamie sutkowej. W nocy zejście śmiertelne. Sekcya wykazała: zapalenie opon na podstawie mózgu i ropień w móżdżku.

3. M. l. 30. Od 6 tygodni bóle ucha i głowy, od 14 dni ból za uchem. Wypływu ropnego z ucha niema. Rozpoznano zapalenie prawego wyrostka sutkowego. Trepanacya wykazała: ropniak jamy sutkowej, ropień około zatoki, ropień zewnątrzoponowy ponad stropem jamy bębenkowej, zakrzep zatoki esowatej. Opróżnienie zatoki. Tamponada. Po 2 tygodniach względnej poprawy wystąpiła gorączka ropnicza wskutek czego podwiązano żyłę szyjną. W 6 dni potem wśród objawów ropnicy — zejście śmiertelne. — Sekcyi nie było.

Z wyleczonych przypadków tej grupy zasługuje na uwagę następujący: 14 letni uczeń gimn.; w wywiadach po za pewną skłonnością do przeziębień — nie szczególnego, a zwłaszcza, ze strony narządu słuchowego.

Na 2 tygodnie przed przyjęciem do kliniki ostry początek zapalenia ucha środkowego. Wykonano zaraz przekłucie błony bębenkowej; pomimo to w dziewięć dni później wysoka gorączka z dreszczami i bolesność na wyrostku sutkowym. Zanim już wtedy nasuwającą się konieczność operacyi po za kliniką uznano, upłynęło znów 5 dni, poczem chory przyjęty został do kliniki. Natychmiastowa trepanacya wyrostka sutkowego wykazała pozornie tylko ropienie w jamie sutkowej. Ciepłota po zabiegu spadła; po tygodniu ponowne wzniesienie ciepłoty do 40° i dreszcze. Niezwłocznie ponowna operacya w nocy: odsło-

nięcie zatoki esowatej, która okazała się zajęta skrzepem. Podwiązka żyły szyjnej, poczem opróżnienie zatoki ze skrzepu pozornie niezakażonego. Dalszy przebieg pomyślny.

Wysoki stosunek zejść śmiertelnych do ogólnej ilości przypadków tej grupy potwierdza w zupełności to stanowisko, jakie klinika krakowska zajmuje wobec przypadków ostrych: natychmiastowa operacya, ponieważ nigdy nie da się przewidzieć, w jakich warunkach anatomicznych sprawa się rozwija.

II. Grupa druga, — przypadków powikłania zapaleniem wyrostka sutkowego sprawy usznej przewlekłej, jako najczęściej wogóle się zdarzających, i u nas jest najliczniejsza i obejmuje 47 przypadków.

Z grupy tej 3 zakończyły się śmiertelnie z powodu zapalenia opon mózgowych.

Jeden z tych przypadków zasługuje na szczególną uwagę, ponieważ dokonane tu podwiązanie żyły szyjnej powikłane zostało przez zakrzep w zatoce jamistej.

M. lat 35. Przed 6 tygodniami ostre zapalenie ucha środkowego lewego; po paru dniach samorodne pęknięcie błony bębenkowej; chory był leczony przez specyalistów i »wyleczony«. Przed tygodniem strzykanie w uchu, dreszcze, gorączka, nazajutrz szum w uchu, bolesność za uchem. Leczony przez specyalistów zachowawczo. Chorego skierowano do kliniki, kiedy do objawów poprzednich dołączyła się sztywnosc karku i bardzo silne bóle głowy.

W klinice niezwłoczna operacya. Wyrostek sutkowy stwardniały, ropień w jamie sutkowej; z jamy tej idzie przetoka ropna ku okolicy zatoki esowatej, którą też odsłonięto. Nakłucie zatoki z wynikiem ujemnym — zakrzep. Odsłonięcie żyły szyjnej i podwiązanie tuż nad mostkiem, bardzo trudne z powodu obecności dużego wola. Żyła napełniona krwią płynną. Po podwiązaniu żyły otwarcie zatoki i usunięcie w niej skrzepu (z ropy z jamy sutkowej i ze skrzepu wyhodowano paciorkowce). Po 5 dniach obrzęk spojówki lewej, wysadzenie gałki (protrusio bulbi) i tarcza zastoinowa. Zakrzep zatoki jamistej. Wśród ciągle wysokiej ciepłoty i objawów zapalenia opon mózgowych na 9 dzień po operacyi — śmierć.

W przypadku tym istniały widocznie warunki do posunięcia się po podwiązaniu żyły szyjnej, zawierającej krew płynną, skrzepu z zatoki esowatej, przez dolną zatokę skalistą do zatoki jamistej.

Dwa pozostałe przypadki śmierci nic szczególnego nie przedstawiają po za tem, że w jednym z nich stwierdzono przy sekcyi oprócz zapalenia rozlanego opon ropień w płacie skroniowym, który żadnych objawów nie dawał. W 8 z uleczonych przypadków z tej grupy natrafiono przy operacyi na ropnie okołozatokowe, względnie zewnątrzoponowe, które również nie dawały żadnych objawów i znalezione zostały przypadkowo.

Nerw twarzowy przecięto w 5 przypadkach.

III. Grupa trzecia — przypadki zaniedbane, t. j. takie, gdzie wskazanie do zabiegu doszczętnego istniało oddawna, nie zostało jednak uwzględnione, aż do wystąpienia powikłań. Grupę tę w naszym materyale tworzy 11 przypadków — a z nich aż 5 zejść śmiertelnych. O ile powikłanie powstaje tylko w postaci zapalenia wyrostka sutkowego i na tem się ogranicza — widoki pomyślnego zejścia są jak zwykle prawem. W tej jednak właśnie grupie przypadków zapalenia wyrostka sutkowego rozwija się często w warunkach zmienionych, z przeżarciem przez próchnienie lub perlak ścian kostnych obronnych i szerzeniu się sprawy ku zatoce i oponom mózgowym nic nie staje w drodze. Zejście śmiertelne w naszych przypadkach 4 razy było skutkiem zapalenia opon mózgowych a raz jeden skutkiem ropnicy.

Osobne miejsce zajmuje przypadek, w którym przy zabiegu nie znaleziono zmian ani w jamie sutkowej, ani w zatoce. Zapalenie opon mózgowych, które wywołało śmierć, rozwinęło się z ropnia wewnątrzoponowego, (leptomenigitis circumscripta), który usadowił się u czaszkowego wylotu przewodu słuchowego wewnętrznego (szerzenie się ropienia przez kanał nerwu twarzowego). Dalej spostrzegaliśmy w tej grupie 2 przypadki, w których szerzenie się perlaka doprowadziło do wytworzenia w wyrostku sutkowym jamy o bardzo cienkiem, miejscami przedziurawionem pokryciu kostnem zewnętrznem, i gdzie, po zdjęciu zewnętrznej blaszki kostnej i usunięciu łyżeczką mas perlakowych mieliśmy stosunki takie, jakie stwarzać zwykła operacya doszczętna. Zaznaczyłem je w niniejszej pracy, jako przypadki »samoistnej operacyi doszczętnej«.

Wreszcie podniosę przebieg jednego z najcięższych przypadków, jako dowód, że nawet w nich niekiedy udaje się chorego uratować zabiegiem operacyjnym, nie mającym, sądząc z góry, prawie zupełnie widoków powodzenia.

5-letniego chorego przywieziono do kliniki w stanie zupełnej nieprzytomności, ze sztywnością karku i pleców (opisthotonus), nieckowatym brzuchem, ciepłotą około 39, z tętnem 110, nieźle napiętem. Wymioty. Objawy te wystąpiły przed 4 dniami, ciągle się potęgując. Na wypływ ropny z ucha lewego cierpi chory oddawna; otoczenie nie umie podać szczegółów o początku i trwaniu tej sprawy. Miejscowo: za uchem lewem duży ropień chełboczący przez ścieńczałą skórę. Obrzęk przewodu słuchowego zewnętrznego, wielkie przedziurawienie błony bębenkowej; — z powodu obrzęku przewodu szczegółów nie widać. Przekrwienie obustronne dna oczu, znaczniejsze ze strony lewej.

Operacya w dzień przyjęcia do kliniki. Z ropnia podskórnego po nacięciu wydobywa się posokowata brunatna ciecz i gazy; kość obnażona i na wyrostku sutkowym oraz na sąsiedniej części kości potylicznej zabarwiona szaro-czarno. Wyraźnego przedziurawienia kości nie widać. Po zdjęciu zewnętrznej blaszki wyrostka sutkowego odrazu natrafiono na duży ropień, którego dno stanowiła opona twarda w okolicy zatoki esowatej i poza nią. Opona twarda móżdżku po za zatoką o barwie zmienionej, szaro-czarnej. Zatokę nakłuto: zawiera płynną krew. Nakłucie zmienionej opony na móżdżku wykazuje ropień. Oponę nacięto na 1 — $1^1/_2$ ctm., ropień opróżniono i założono do otworu w oponie pasek gazy przeciwgnilnej. Okolicę jamy sutkowej oczyszczono łyżeczką z resztek mas perlakowych i ropy. Całą ranę wytamponowano gazą.

Przebieg pomyślny. Gorączka po paru dniach spadła, przytomność wróciła, sztywność karku i brzuch nieckowaty znikły. Po tygodniu chory dostał silnego kaszlu, który w przebiegu okazał się krztuścem, w skutek czego nieznaczne początkowo wypadnięcie móżdżku urosło do rozmiarów orzecha włoskiego, i to jednak powoli zaczęło się oddzielać. W skutek nieustającego krztuśca polecono rodzinie zabrać chorego do domu na prowincyę z raną w stanie gojenia się i wypadnięciem w okresie demarkacyi w miesiąc po operacyi.

Być może, że łagodność zapalenia opon mózgowych w tym przypadku i skłonność do cofnięcia się były wywołane przez to, że wyhodowane z ropy drobnoustroje okazały się: prątkiem okrężnicy i prątkiem odmieńcem (proteus Hauseri.).

W tej grupie przypadków nerw twarzowy przecięto raz jeden.

IV. Czwarta grupa przypadków — operacya doszczętna — obejmuje w naszym materyale 15 przypadków. Perlak i próchnienie, jako czynnik przyczynowy prawie jednakowo często tu występują.

Przypadku śmiertelnego niema w tej grupie ani jednego, natomiast jest przypadek (kob. lat 42), w którym samo już odsłonięcie zatoki esowatej wywołało jej zaczopowanie skrzepem i zmusiło po 6 dniach od pierwszej operacyi, wśród dreszczów, wysokiej ciepłoty i bolesności wzdłuż żyły szyjnej, przystąpić do odsłonięcia i podwiązania zaczopowanej żyły nad mostkiem i usunięcia już rozmiękających skrzepów z ponownie obnażonej zatoki esowatej. Dalszy przebieg zupełnie pomyślny. Przypadek ten

nasuwa myśl o tem, że nie tylko przypadkowe skaleczenie zatoki, ale samo już jej odsłonięcie może niekiedy prowadzić do zakrzepu, ponieważ ułatwia ono zakażeniu przejścia przez obnażoną ścianę. Tembardziej wiarogodne stają się przypadki zakrzepu po skaleczeniach, jak to opisali Grunert-Zeroni, Müller-Török, Heine, wbrew mniemaniu Leuterta, uważającego nawet skaleczenie zatoki za rzecz obojętną.

Nerw twarzowy przecięto 3 razy.

Ogółem nasz materyał przedstawia się w sposób następujący:

	przypadków	zejść śmiert.	Podwiązki żyły szyjn.	uszkodzeń nerwu
Grupa I	12	3	3	—
Grupa II	47	3	1	5
Grupa III	11	5	3	1
Grupa IV	15	—	1	3
Razem	85	11	8	9

Piśmiennictwo.

1. Bergmann, Podręcznik chir. szczegół. Bergmann, Bruns, Mikulicz, wyd. II, str. 289. tomu I. — 2. Bergmann i Rochs, Anleit. Vorlesungen f. d. Operationscursus. wyd. V, 1908. Artykuł Jansena str. 279. — 3. Gerber, Handatlas d. Operationen am Schläfenbein, 1904. — 4. Heine, Ueber die operative Behandlung der otitischen Thrombose d. sinus transversus. Arch. f. Klin. Chir. T. 70. — 5. Ito i Soyesima, Zur Behandlung d. Facialislähmung d. Nervenpfropfung. Dt. Zeitschr. f. Chir. 1907. T. 90. I—III. — 6. Kocher, Chirurg. Operationslehre, wyd. V, 1907, 587—589. — 7. Körner, Die otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und Blutleiter. 1908, wyd. 4. — 8. Küster, Osteoplastische Aufmeisselung d. Warzenfortsatzes. Ctb. f. Chir. 1899 Nr. 43. — 9. Marsh, Treatement of facial paralys. British med. journ. 1909, Jun. 5. — 10. Neuhaus, Selbsttätige Saugspritze. Ctb. f. Chir. 1908, 18. — 11. Ostmann, Lehrbuch d. Ohrenheilkunde, 1909. — 12. Spira, O leczeniu ostrego zapalenia ucha środkowego i t. d. Lwowski Tyg. Lek. 1909, str. 479. — 13. Sydenham, Treatement of facial paralys. British med. journ. 1909, Mai 8. — 14. Tavernier, Sur le traitement chirurg. de thrombo-phlebite du sinus caverneux. Lyon chir. 1909. 790. [Ref. Ctb. f. Chir. 1910. Nr. 8].— 15. Voss, Weitere sieben Fälle v. Sinusthrombose etc. Ztsch. f. Ohrenhlk. LIII, 42. [Ctb. f. Chir. 1910, 8]. — 16. Waserman, Czasopismo lekarskie, Łódź 1907. Nr. 2.

Z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiell. pod kierownictwem Prof. W. Jaworskiego w Krakowie.

Wpływ kąpieli gazowych na krążenie krwi u ludzi ze zmianami w narządzie krążenia, w szczególności z wadami serca. (Część II.).

Podał

Dr W. Skórczewski.

(Dokończenie).

X. L. dz. 239. łóżka 10. 19. IV. A. P., lat 27, cieśla. W 19. roku przebywać miał dur brzuszny. Po nim pojawiły się bóle kłujące i kołatanie serca. Obecnie skarży się chory na bóle głowy, kołatanie serca samorodne, i po zmęczeniu, bóle kłujące w okolicy końca serca, tętniące w dołku podsercowym, palące u podstawy serca. Nogi nie brzękły.

Stan obecny: Wzrost wysoki, odżywienie dobre. Gardło dość silnie zaczerwienione, błona śluzowa zgrubiała, nierówna. Wybitne tętnienie naczyń skroniowych i szyjnych. Klatka piersiowa dobrze wysklepiona. Narząd oddechowy bez zmian. Okolica serca nie wypuklona, uderzenie końca serca w V. międzyżebrzu w połowie odległości między linią sutkową lewą, a pachową przednią lewą, unoszące na większej przestrzeni, z zaciąganiem. skurczowem na wewnątrz od uderzenia. Wymiary opukowe: IV. żebro, linia środkowa ciała, połowa odległości między linią pachową przednią lewą a linią sutkową lewą. Dwa szmery nad tętnicą główną, głośne, długie i gwiżdżące; nad zastawką dwudzielną, płucną i trójdzielną prócz szmerów udzielonych ciche tony. Tętno chybkie, miarowe, równe. Liczba tętna około 56. Naczynia tętnicze widocznie tętnią tak w pachwinach, jak i na grzbiecie stopy.

Tętno paznokciowe ledwo dostrzegalne. Wątroba pod łukiem macalna, nieco tkliwa. W innych narządach zmian nie stwierdzono. Rozbiór moczu z dnia 19. IV. wykrył ślad białka, w osadzie cylindroidy; wałeczków nie znaleziono. Ilość dzienna w pierwszych 5 dniach średnio 1110 cm.[3].

Rozpoznanie: Insufficientia valvularum aortae.

Stosowano kąpiele, trwające po 10 minut, od dnia 20. IV. do 2. V. od ciepłoty wody 23° R. powoli wzrastającej do 30 R. Dyeta biała mieszana.

7. V. Po kąpieli chory podaje, że kołatania serca nie są tak silne i tak częste, bóle kłujące ustąpiły, palące mniejsze, ból w dołku prawie ustąpił. Tętnienie w ciele, rękach i nogach mniejsze, zwłaszcza po prawej stronie ciała. Chory powiada, że serce mu się znacznie uspokoiło. Badanie przedmiotowe wykazuje następujące wymiary opukowe serca: dolna granica III. żebra, linia mostkowa lewa i połowa odległości między linią sutkową lewą a pachową przednią lewą. Wątroba nie macalna. Tętnienie bez zmiany. Waga ciała wzrosła z 72·200 kg. na 74·500 kg.

Ciśnienie palpacyjne przed kąpielami wahało się od 110 do 150 mm. sł. rtęci, obniżało się przy metodach podmiotowych dość znacznie, nawet przy ciepłotach nizkich, (choć nie zawsze), natomiast przy doświadczeniach graficznych i ciepłocie 28° R. utrzymywało się bez zmiany (trzy razy); przy 30 R. obniżenie stwierdzono wyraźnie. Liczba tętna waha się od 60 do 74, przy kąpielach chłodnych obniża się znacznie, przy obojętnych utrzymuje się w tej samej mierze, przy ciepłych jest tętno przyspieszone. Mamy tutaj zachowanie się przy tętnie zwolnionem inne, jak u chorej VIII. Czy należy kłaść to na karb większych zapasów, jakie w tym przypadku (XI) posiada mięsień sercowy, czy też jest to różnica indywidualna, niezależna od ogólnych praw, kierujących zwalnianiem i przyspieszaniem czynności serca, rozstrzygnąć trudno. Może czynnik pierwszy ma za sobą więcej danych.

XII. L. dz. 247. l. 7. 23. IV. J. K. lat 43, wyrobnik, żonaty. W młodości wrzód na prąciu. Używa wyskoku w znacznej ilości. Od 4 lat duszność i nieznaczne kołatania serca przy zmęczeniu. Od roku wymioty na czczo. Przed 6 tygodniami napad duszności z utratą przytomności; od tego czasu kaszel, duszność, bóle parzące w piersiach, ciążący ból w dołku podsercowym. Sen upośledzony, łaknienie małe.

Stan obecny: Wzrost średni, odżywienie podupadłe. Na wargach sinica. Źrenice oddziałują leniwo na światło. Tętnice skroniowe o przebiegu krętym, wybitnie tętnią. Mięśnie obojczykowo-sutkowe napięte, pracują przy oddechu. Odgłos opukowy nad płucami z odcieniem pudłowym, granice obniżone, szmery oddechowe osłabione, w dole z tyłu rzężenia wilgotne. Uderzenie końca serca w V. i VI. międzyżebrzu w linii sutkowej, lekko unoszące na większej przestrzeni. Stłumienie opukowe serca od linii mostkowej prawej, III. żebra do linii sutkowej lewej. Na rękojeści mostka przytłumienie odgłosu opukowego wielkości pięciokoronówki. Nad tętnicą główną dwa szmery, z których rozkurczowy — gwiżdżący, długi. Tętno chybkie, od czasu do czasu nierówne. Wątroba 3 palce niżej łuku żebrowego w linii sutkowej prawej, jeden palec nad pępkiem w linii środkowej ciała. Blizna po wrzodzie na prą-

ciu. Tkliwość uciskowa wielu pni nerwowych. Drżenie rąk i języka. Badanie moczu stwierdza 0·8$^0/_{00}$ białka (Esbach). Wałeczków nie znaleziono.

Prześwietlenie promieniami Roentgena stwierdza prócz powiększenia serca, szeroki cień od łuku tętnicy głównej.

Rozpoznanie: Insufficientia valvularum aortae (luetica?).

Mimo poważnego stanu chorego przystąpiono do leczenia kąpielami 28° i 30 R. Od dnia 27. IV. do 13. V. chory wziął 10 kąpieli dziesięciominutowych.

Jak poważnie przedstawiał się stan chorego, objaśnia występujący podczas pierwszej kąpieli (sfigmogramy zdjęte posiadam) typ oddychania Cheyne-Stokesa. Objawu tego więcej nie spostrzegałem.

16. V. Chory czuje się znacznie łepiej, bóle parzące pozostały, ale duszność ustąpiła. Kaszel ustał. Przed ostatnią kąpielą (12. V.) słabe krwioplucie, duszność i kaszel. Dzisiaj stan lepszy.

Stan obecny: Chory wygląda lepiej, sinica ustąpiła. Stan przedmiotowy płuc, jak dawniej. Stłumienie serca od linii mostkowej lewej, górnego brzegu IV. żebra do linii sutkowej. Wątroba, jak dawniej. Ilość moczu wzrosła z 600 na 1300 cm³ dziennie. Białka ślad.

Widzimy więc niewątpliwe polepszenie czynności serca, choć groźny stan chorego utrzymuje się i obecnie. Zwłaszcza ubytek na wadze o 2 klg. (z 62 na 60 kg.) jest znamienny dla postępu choroby. Wassermann dodatni.

Ciśnienie palpacyjne u chorego tego wahało się między 160 a 100 mm. sł. rtęci, podczas kąpieli stale się podwyższało. Widoczne to jest w doświadczeniach 15. do 20. tablicy II. i 9. 10. tablicy III. Podobny wynik otrzymałem u tegoż chorego metodą podmiotową. Istnieje tutaj bezwątpienia sprzeczność z wynikami, otrzymanymi u zdrowych i reszty chorych sercowych; dlatego uważam za konieczne szczegółowiej o tem pomówić. Już u chorej IX. spostrzegliśmy objaw podobny, choć może nie tak wybitnie zaznaczony. W przypadku tym schorzenie naczyń (miażdżyca), jakkolwiek zaznaczone, nie było istotną przyczyną choroby, gdy w drugim przypadku niewątpliwie zmiany miażdżycowe w tętnicy głównej i na zastawkach wywołały obraz wady serca. W obu przypadkach mamy ciężką niedomogę mięśnia sercowego. Jeślibyśmy odrzucili przypuszczenie oddziaływania indywidualnego u tych dwojga chorych, to nasuwałyby się obecnie dwa pytania: czy chorzy z narządem obwodowym zmienionym, a sercem sprawnem nie oddziałują w sposób powyższy na bodziec naczyniowy kąpieli, czyli też, bez względu na narząd obwodowy, u ludzi z wyczerpanemi zapasami siły mięśnia sercowego serce nie jest zdolne sprowadzić równowagi w wysokości ciśnienia, jaka występuje u ludzi prawidłowych w ciepłocie kąpieli obojętnych.

Chociaż rozumowanie pierwsze niewątpliwie ma za sobą więcej danych klinicznych i fizyologicznych, to jednak ostateczne rozstrzygnięcie tego pytania pozostawiam przyszłości. Doświadczenia dalsze u chorych na miażdżycę ze sercem sprawnem i z ciężkiemi niedomogami serca bez miażdżycy będą mogły sprawę tę rozjaśnić. Osobiście, choć nie sądzę, żeby tak regularne występowanie u tych chorych podwyższenia ciśnienia było prostym trafem, wstrzymać się muszę od wysnuwania wniosków wobec szczupłej liczby doświadczeń w tym kierunku. Doświadczenia te jednak byłyby według mego zdania nieodzownie konieczne. Możeby w ten sposób udało się ustalić wskazania kąpielowe, zwłaszcza u ludzi, dotkniętych miażdżycą, u których chwilowe podwyższenie ciśnienia jest niewątpliwie rzeczą bardzo niebezpieczną.

Wreszcie omówić należy dwa przypadki, ściśle tutaj nie należące. Jestto przypadek choroby Basedowa i przypadek przewlekłego zapalenia nerek.

XIII. L. dz. t. 29. 23. IV. H. E. lat 30, wolna, bez zajęcia. W dziecięctwie przebywać miała różę i ospę. Od 9 lat cierpi na uporczywe biegunki, zawroty i bóle głowy, drżenia rąk, kołatania serca; miewała krwioplucia. Lekarz już wtedy zauważyć miał wysadzenie oczu i wole.

Przez 9 lat chora prawie bez przerwy się leczy (trzechkrotny pobyt na klinice U. J.). Obecnie nasilenie objawów wyżej wspomnianych jest mniejsze, natomiast bicia serca są nierównie przykrzejsze, bo występują z dusznością, nadto pojawiają się dokuczliwe bóle kłujące w okolicy końca serca.

Stan obecny: Wzrost nizki, budowa drobna, odżywienie średnie. Skóra wilgotna, na kończynach znacznie zgrubiała, nie da się ująć we fałd. Wysadzenie oczu nie wielkie. Objaw Stellwaga zaznaczony, Graefego mało wyraźny. Tętnienie naczyń szyjnych wyraźne; wól twardy, część prawa większa od lewej. Tętnienie nieznaczne da się stwierdzić przez osłuchiwanie. Obwód szyi 31 cm. Klatka piersiowa wązka, niezbyt płaska. Szczyt prawy niżej ustawiony, drżenie nad nim wzmożone, odgłos opukowy krótszy, wydech zaostrzony. Granice płuc prawidłowe. Osłuchiwanie nie wykrywa zmian. Uderzenie końca serca widzialne w V. i VI. międzyżebrzu i macalne w linii sutkowej, unoszące. Wymiary opukowe od linii środkowej ciała, dolnego brzegu III. żebra do linii sutkowej lewej. Podmuch skurczowy nad końcem serca i podstawą. Tętno 96—108, nierówne i niemiarowe. W narządach jamy brzusznej zmian nie stwierdzono. Drżenie rąk i języka. Odruchy wzmożone. Mocz bez zmian. W plwocinie ani prątków Kocha, ani komórek barwikonośnych nie znaleziono.

Rozpoznanie: Morbus Basedovi subs. myocarditide et myxoedemate. Induratio apicis pulmonis dextri.

Od d. 23. III. do 16. IV. zastosowano 10 dziesięciominutowych kąpieli o ciepłocie 25° wzrastającej do 29° R.

13. III. Pierwsze 2 tygodnie pobytu w klinice bez stosowania kąpieli bez poprawy, ani podmiotowej, ani przedmiotowej. Z początkiem stosowania kąpieli zauważyłem pogorszenie w postaci osłabienia, niepokoju, większej duszności, częstszych kołatań, silnych bólów kłujących. Już przy 5 kąpieli polepszenie. Obecnie czuje się chora silniejszą, bicia serca są rzadsze, duszność mniejsza, kaszel mniejszy, bólów chora prawie nie odczuwa, silniej się poci. Stan przedmiotowo bez zmian, jedynie drżenie rąk mniejsze, skóra mniej wilgotna. Obwód szyi 32 cm. Liczba tętna 90.

Podano adrenalinę trzy razy dnia po 15 kropli przez trzy dni.

17. IV. Czwartego dnia wystąpił niepokój serca z bezustannemi kołataniami trwający przez cały dzień. Dziś stan dobry.

18. IV. Chora opuszcza klinikę. Waga ciała wzrosła z 49·700 kg. na 51·700 kg.

28. IV. Otrzymałem od chorej wiadomość o utrzymywaniu się polepszenia zdrowia.

Ciśnienie palpacyjne u chorej tej przed kąpielami wahało się między 135 a 170 cm. sł. wody, liczba tętna powyżej 88 a 98, tętno zawsze bardzo nieregularne i nierówne. Spadek ciśnienia spostrzegamy już w kąpieli 26° R. (trzy razy na 4 kąpiele), jak również i obojętnej 28° (3 na 4) i 29° (1 na 2). Liczba tętna natomiast przyspiesza się i w kąpieli chłodniejszej. Również i tutaj spostrzegamy wpływ ten jak i u innych chorych z mięśniem sercowym schorzałym; nie uważałbym za odpowiednie przypuszczenia, że i w innych przypadkach choroby Basedowa spostrzeżemy objaw podobny. Rozstrzygnięcie może nastąpić drogą doświadczeń u chorych na chorobę Gravcza z mięśniem sercowym zdrowym.

Prawdopodobnem będzie przypuszczenie, iż wahania w różnicy tętna w kąpielach chłodnych i ciepłych nie będą tak znaczne, jak u zdrowych w kierunku obniżania, może znaczniejsze w kierunku przyspieszania.

XIV. L. dz. 252. ł. 3. 28. IV. J. M. l. 29 robotnik, żonaty. Od roku zauważył pogorszenie się wzroku; od 2 miesięcy widzi jak przez mgłę. Od tegoż czasu osłabienie,

nudności, wymioty, zrywania rękami, bóle głowy, pragnienie. Moczu oddaje chory dużo, jasnego. Miewa i kołatania serca i bóle kłujące w okolicy koniuszka serca.

Stan obecny: Wzrost średni, odżywienie liche. Skóra i spojówki żółtawo zabarwione. Wargi blade. W narządzie oddechowym prócz furczeń po stronie prawej w dole z tyłu zmian nie spostrzeżono. Uderzenie końca serca macalne w V. międzyżebrzu w linii sutkowej (klatka piersiowa długa). Wymiary opukowe serca: górny brzeg IV. żebra; l. mostkowa lewa i sutkowa lewa. Tony czyste, drugi ton nad tętnicą główną zaakcentowany. Tętno 60, trudno uciskalne. Wątroba macalna tylko w linii środkowej ciała 3 palce nad pępkiem.

Badanie moczu dnia 28. IV. wykazuje 2·4‰ białka (Esbach), skąpe wałeczki ziarniste i ciałka wysiękowe w osadzie. Ilość moczu waha się w pierwszych 5 dniach pobytu od 2200 do 3400 cm^3 na dobę. Ciężar właśc. utrzymuje się około 1·010.

Rozpoznanie: Nephritis interstitialis (Retinitis albuminurica).

Od dnia 29. IV. do 14. IV. zastosowano 10 kąpieli sztucznych przez 10 minut trwających o ciepłocie 28 i 30° R.

16. IV. Chory czuje się nieco silniejszy. Bóle głowy, zrywania, wzrok bez zmian; kłucia jak dawniej; ściskanie, duszność i kaszel mniejsze. Stolec zaparty. Przedmiotowo: Stan płuc i serca bez zmian. Wątroba nie macalna. Liczba tętna 50. Ciężar ciała podniósł się nieznacznie (600 gr).

12. V. Badanie moczu wykazuje 0·5‰ białka (Esbach) przy ciężarze właśc. 1·011. Ilość moczu od 8. V. do 13. V. waha się między 2·700 a 3·300 $cm.^3$ na dobę.

Na większym materyale wykonane doświadczenia Hürtera (Zeitschr. J. diät. und physik. Therapie XII. 6. 7. 1908) dowiodły, że u chorych na przewlekłe zapalenie nerek nie obniżają kąpiele 29—32° ciśnienia podwyższonego, raczej je podnoszą. Moje wyniki są zbyt szczupłe, by można w tym względzie wysnuwać wnioski. Ciśnienie 170 do 200 mm. sł. rtęci trzy razy się podniosło, 2 razy obniżyło, co widać w tablicy III. i IV. Liczba tętna przed kąpielą zwykle niska, 51 do 66, zazwyczaj przyspieszała się dosyć znacznie.

By nie zwiększać rozmiarów tej pracy, nie będę szczegółowiej omawiać wyników strony klinicznej. W krótkości jedynie zwrócę uwagę na najważniejsze dane. I tak stwierdziłem, że u wszystkich chorych, prócz chorej IX, wystąpiło polepszenie, które należy odnieść w równej mierze (u wszystkich prócz chorego przychodniego I), tak do stosowanych kąpieli, jak i do pobytu w klinice (chorzy wiedli życie przeważnie, choć nie wyłącznie leżące) dyety i do unikania wzruszeń. Poprawa ta była w pierwszym rzędzie podmiotowa: zmniejszanie się bólów w okolicy serca, ale także przedmiotowa: żnikanie duszności i kołatań, nawet zmniejszanie się stłumienia serca, zwłaszcza na prawo, zmniejszanie się wątroby, zwłaszcza u chorych.... Uporczywie utrzymywały się obrzęki wątroby u chorego J. W. VI. i K. J. IX., w tym drugim przypadku obrzęk był przyrody niewątpliwie zastoinowej.

Wyniki mej pracy dadzą się ująć w następujące punkta:

I. Obniżanie się ciśnienia palpacyjnego przy kąpielach 28 do 30° R.

II. Nieznaczne podnoszenie się ciśnienia palpacyjnego przy kąpielach chłodniejszych.

III. U dwóch chorych: Z niedomogą mięśnia sercowego i obrzękami i zmianami miażdżycowemi podniesienia ciśnienia przy kąpielach o ciepłocie obojętnej i wyższej.

IV. Podobne wyniki przy pomiarach ciśnienia skurczowego oscylacyjnego.

V. Małe obniżenie ciśnienia rozkurczowego, oscylacyjnie mierzonego.

VI. Zależnie od wyczerpania mięśnia nieobniżanie się liczby tętna przy kąpielach chłodniejszych, a większe przyspieszanie przy kąpielach cieplejszych.

VII. Powiększanie się tętna i zależne od tego, jakoteż od obniżenia ciśnienia zmiany w obrazie krzywej tętna.

VIII. Pogłębienie oddychania.

IX. Zależne od niego zmniejszanie się sinicy i duszności (po chwilowem powiększeniu), jak również

X. zmniejszenie się granic opukowych serca.

XI. Powiększenie się pracy serca przy kąpieli cieplejszej od ciepłoty obojętnej.

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Przypadek oślepnięcia po stosowaniu arsacetyny (co drugi dzień 1 cm rozczynu 10%) spostrzegał Hammes. Wykonano 8 wstrzyknięć, t. j. podano 0,8 środka. (Deutsche med. Wochs. Nr 6). A.

Przepłukiwania żołądka, i to kilkakrotne, stosować należy podług Harnacka także w przypadkach zatruć inną drogą, n. p. podskórną, śródżylną i t. p., albowiem wiele środków wydziela się po zatruciach znowu do żołądka, a dopiero stąd na nowo ulega zwolna wessaniu. (Deutsche med. Wochs. Nr 3). A.

Atypowe bujanie nabłonka wywołali Stoeber i Nacker u królików przez wstrzykiwanie produktów rozkładowych białka, jak indolu, skatolu i t. p. (Münch. med. W. Nr 18). A.

Ogólne wibracye ciała wywołują u człowieka podług Schnéego rozszerzenie źrenic, zwolnienie tętna i spadek ciśnienia krwi. Miesienie wibracyjne całego ciała stosuje się (na specyalnym fotelu) przy szmerach usznych, zawrotach głowy, migrenie, nerwowej niestrawności, przyspieszonej czynności serca i t. p. (Zft. für phys.-diät. Ther XIV. 1.). A.

Przewlekłe zatrucie ołowiem leczy Carles z Bordeaux z pomocą wywoływania ropni; w ropie ma się gromadzić ołów. Hinze potwierdza to spostrzeżenie. (Berl. klin. Wochs. Nr 26). A.

Sarton, przetwór odżywczy dla chorych na cukrzycę, wyrabiany z rośliny strączkowej japońskiej »Soja«, polecają Noorden i Lampe W handlu znajduje się sarton »purée«, wyjałowiony w puszkach blaszanych. Sarton nadaje się do wyrobu zup, lub jako dodatek do mięsa. (Ther. d. Gegenw. Nr 4). A.

Przy otruciu atropiną bardzo korzystny skutek osiągnął Hand zapomocą podania bromku sodu. (Oesterr. Aerzte-Ztg. Nr 13). A.

Digistrophan jest to kombinacya naparstnicy i strofantusa, gorąco polecana przez Boelkego. Lek ten nie działa podobno zbiorowo, nie drażni przewodu pokarmowego, a działa pewnie. (Ther. der Geg. 1910, IV.). A.

Nawrót po rzekomem wyleczeniu raka wargi dolnej radem (6 miesięcy leczenia) spostrzegali Gaucher i Jacob. Spostrzeżenie to może nieco ostudzi zapał do stosowania radu przeciw nowotworom. [Soc. franc. dermat. Paryż, maj, 1910). A.

Śmiertelność z gruźlicy u dorosłych w Prusach po-

dług Kleinknechta zmniejszyła się obecnie: w roku 1886 zmarło na 10.000 na gruźlicę 31, a w r. 1906 17·5. Natomiast u dzieci śmiertelność z gruźlicy zwiększyła się. W Niemczech umiera obecnie rocznie przeszło 100.000 osób na gruźlicę, która u $^1/_{10}$ zmarłych jest bezpośrednią przyczyną śmierci. (Tow. lek. Brunszwik. II. 1910). A.

Morfina i urethan podług Lindemana, a skopolamina i urethan podług Hanckolda wzmacniają wzajemnie swe działanie i wywołują, podane wspólnie, silne i długotrwałe uśpienie. (Zeitschr. f. exp. Patolog. u. Ther. VII. 3). A.

Śródżylne uśpienie hedonalowe (0·75% hedonalu w rozczynie fizyologicznym soli kuchennej) poleca Fedoroff z Petersburga. Wykonał je w 45 przypadkach. Dawki wahały się od 3·8 mm do 14 grm, średnio zużywano 250 do 500 cm³ rozczynu. Powikłań (z wyjątkiem 3 zakrzepów) nie było. (Zentrbl. f. Chir. Nr 18). K.

Nowojodynę (złożoną z jodu, formaldehydu i łojku) poleca Fieber jako zasypkę do ran, zwłaszcza w ustach, do tamponady na gazie, jako zawiesinę (w glicerynie lub oliwie 10—20%) do leczenia następowego jam ropnych. (Zentralbl. f. Chir. Nr 19). K.

Do operacyi krwawnic, ran warg sromnych, pęknięć krocza i t. p. poleca Ilmer znieczulanie nerwu sromnego (pudendus) zapomocą 1 cm³ 5% kokainy. (Zentralbl. f. Gyn. Nr 21). A.

Żółtaczkę, występującą (na twardówce) **w początkach zapalenia wyrostka robaczkowego,** uważa Hollander na podstawie swych spostrzeżeń za dowód zgorzeli wyrostka, a więc zarazem za wskazanie do natychmiastowej operacyi, po której w 1—2 dni znika żółtaczka, będąca tu objawem toksycznym. (Berl. klin. Wochs. Nr 22). A.

Przy przełomach żołądkowych w wiądzie rdzenia otrzymał Goetzl korzystny wynik przez wykonanie operacyi Förstera, t. j. śródoponowej resekcyi tylnych korzeni rdzenia na odpowiedniej wysokości. (Wiener klin. Wochs. Nr 21). K.

Przy bronchitis foetida polecają następujące wdychiwania: Rp. Acid. carbol. 5,0. Acid. thymic. 1,0. Alcohol (50%) 20,0. Aq. dest. 100,0. (Riv. med. 1910, Nr 9). A.

Środkiem wybitnie mlekopędnym jest podług Scherera **galegol,** uzyskany z rośliny motylkowatej »galega officinalis«. (Wiener med. Wochs. Nr 18). A.

Różnica pomiędzy ciepłotą mierzoną w kiszce stolcowej, a pod pachą, występuje ponad pół stopnia podług Poczobuta głównie przy osłabieniu serca, tak samoistnem, jak i następowem (n. p. w chorobach zakaźnych, zapaleniach otrzewnej i t. p.), dalej przy tężcu, rzucawce porodowej, zapaleniu opon i t. p. i każe poważnie rokować. (Tyg. lek. Wiener med. Wochs. Nr 17, 19). A.

Zatrucie bromem polega w znacznej mierze na tem, że brom wypiera z ustroju chlor. Z tego też powodu radzą obecnie podawać równocześnie z bromem także wielkie dawki soli kuchennej, co z jednej strony dozwala na podawanie bardzo dużych dawek bromu (n. p. przy padaczce, Richet), a z drugiej usuwa objawy ewentualnego zatrucia. Jeżeli chcemy małemi dawkami bromu wywołać skutek, należy wstrzymać podawanie soli kuchennej. Podług Ulricha sól kuchenna działa znakomicie przy cierpieniach skórnych, wywołanych bromem, n. p. trądziku i owrzodzeniach (do 20 grm pro die). (Münch. med. Wochs. Nr 22 i 23). A.

Złamanie obojczyka leczy Couteaud w ten sposób, że kładzie chorego do łóżka i poleca poprostu opuścić zupełnie chorą kończynę z łóżka na dół. Występujący przytem obrzęk usuwa się potem zapomocą miesienia. (Rev. d. chir. X. 1909). K.

Przyrząd do wygodnego wypuszczania płynu z opłucnej, na zasadzie lewara sporządzony, dozwalający na dokładne mierzenie ciśnienia w opłucnej, podał Weitz. (Münch. med. Wochs. Nr 31). A.

Stołek do wkładania i wyjmowania chorych z wanny podał Bibra. (Münch. med. Wochs. Nr 31). A.

Leczenie jednostronnej gruźlicy płuc z pomocą sztucznie azotem wywołanej odmy, polecają na mocy 2½-letniego doświadczenia na 50 chorych Saugmann i Hansen. U 24 chorych uzyskano wybitne polepszenie lub wyleczenie trwałe, w innych chwilowe. W 22% nie udało się wywołać odmy. (Beitr. z. Klin. d. Tuberk. XV. 3). A.

Po śródżylnem wstrzyknięciu surowicy krwi psiej królikom w ilości 7—10 ctm na kilogram wagi ciała, giną króliki podług Löba, Stricklera i Tuttlego w 5—10 minut, a przyczyną śmierci jest hemoliza powodująca krzepnięcie krwi i zatykanie naczyń płucnych. Ogrzanie surowicy do 56° czyni ją nieszkodliwą, podobnie, a przynajmniej znacznie mniej dodatek hirudyny, zawiesiny mózgu, wątroby i t. p. (Virch. Arch. 20. I.). A.

Nałogowo wdychiwała chloroform od 15 lat codziennie, jak podaje Horath, pewna psychopatyczna pacyentka, i to w ilości dużej, bo dziennie bez szkody 40—60 grm mieszanki na pół z alkoholem (Deutsche m. Wochs. Nr 29). A.

Lusterko krtaniowe anastygmatyczne, powiększające przedmioty widziane i pole widzenia znacznie rozszerzające, podał Brünings z Jeny. (Zebr. niem. laryngol. Drezno). A.

Przy leczeniu gruźlicy, zwłaszcza chirurgicznej, poleca Wreden wstrzykiwania podskórne 0,5—2,0 grm. 10% zawiesiny czystego kreozotu w olejku migdałowym. Wstrzykiwań tych robi W. 4 serye 10-dniowe z przerwą po każdej na tydzień. Wyniki wcale dobre. (Rus. Wr. 1910, Nr 13). A.

Celem zmniejszenia zbytniego ochładzania się wdychiwanego powietrza przy uśpieniu eterowem podał Hoffmann maskę, w której sieć drucików ogrzewa się powietrzem wydychanem i przez to potem ogrzewa powietrze wdychiwane. (M. a. d. Grenzgeb. d. M. u. Ch. XXI. 5). K.

Celem badania zwężeń przewodu pokarmowego daje Tornai połykać chorym kapsułki wypełnione bizmutem i bada potem promieniami Röntgena. Z rozmiarów kapsułek, które przez zwężenie przejdą, wnosić można o kalibrze zwężenia. (Berl. klin. Wochs. Nr 29). A.

Celem umożliwienia cystoskopii przy zmętnieniach moczu poleca Hoffmann wypełniać pęcherz do badania płynami, zupełnie nie mieszającymi się z moczem, jak połączeniami bromu lub jodu z olejami, parafiną płynną i t. p. (Berl. klin. Wochs. Nr 29). A.

O zatruciu tiosinaminą po piątem wstrzyknięciu 0,2 (z powodu blizn po oparzeniu) donosi Prof. Kölliker. Objawy: dreszcze, poty, silne bole glowy i ogólne rozbicie. Objawy ustąpiły tak, że dalsze leczenie ze względu na doskonały wynik mogło być prowadzone. (Münch. med. Wochs. Nr 29). A.

Zranienie jelita w przepuklinie pachwinowej przez kawałek żelaza przy kuciu, spostrzegał Heddäus. Operacya, zeszycie jelita, wyzdrowienie, mimo, że już wystąpiło ogólne zapalenie otrzewnej. Operacya mniej więcej w 12 godzin po wypadku. (Münch. med. Wochs. Nr 29). A.

Nową wkładkę przy stopie płaskiej podał Momburg. Działanie jej polega na tem, że skręca ona piętę w supinacyę i przez to przywraca wysklepienie stopy. (Deutsche med. Wochs. Nr 27). A.

Pomysłową protezę przy braku nosa podał Hentze: Sztuczny nos zrobiony jest z blachy emaliowanej i pozostaje w łączności z okularami, które jednak dla oczyszczania także można osobno zdejmować. Poza tem utrzymuje w miejscu protezę kauczukowa płytka, wchodząca w lewy otwór nosa. (Tow. lek. Kiel. 2. VI.) A.

Do odżywiania chorych na cukrzycę poleca Goff strączkową roślinę z Chin, »Soja hispoda«, która zawiera 20% tłuszczu, 41% substancyi proteinowych, a tylko 14%

węglowodanów. Roślinę tę powiodło się także wyhodować we Francyi. (Gaz. d. hop. 22. III.). A.

Niezwykły przyczep mięśnia piersiowego wielkiego, bo aż do łokcia, spostrzegał Vormann u 25-letniego silnego mężczyzny. Mięsień sprawiał zupełnie wrażenie pletwy między ramieniem, a klatką piersiową. A.

Zatrucie weronalem spostrzegał na sobie Klausner po zażyciu przez dwa wieczory po 0,5 środka. Objawy: podniecenie, zawroty, biegunka, osłabienie trwające kilka godzin, wysypka na częściach rodnych i białkomocz, trwający 14 dni. (Tow. lek. niem. Praga. 24. VI.). A.

Prątki durowe wydzielają się podług Picka z moczem prawie u każdego chorego, nieraz jeszcze przed wybuchem choroby i potem po wyzdrowieniu niekiedy długi czas, nawet latami. Najlepszym środkiem przeciw temu jest urotropina, którą też powinno się chorym podawać w czasie zdrowienia. (Tow. med. wewn. Berlin. 4. VII. 1910). A.

Raka wpustu usunął szczęśliwie Kümmell. Przełyk dał się ściągnąć na dół na 12 ctm. Wycięcie raka w częściach zdrowych, poczem ze względu na niemożność zeszycia obu kikutów założenie grubych drenów; odżywianie przez przetokę żołądka. Z czasem oba kikuty zbliżyły się do siebie tak, że wstawiono w nie rurę gumową w kształcie litery T. Chory łyka płyny sam i wkrótce K. usunie rurę i ranę zeszyje zupełnie. (Tow. lek. Hamburg. Maj). A.

Przeciwko świerzbiączce polecają maść: Rp. Stovaini 0,5, Phenacetini 2,0, Lanolini, Vaselini aa 10,0. A.

VI. Sprawozdanie z działalności Sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem od dnia 1. stycznia 1909 do dnia 31. grudnia 1909 r. włącznie

ułożyli

Dr Kazimierz Dłuski, dyrektor Zakładu.

Dr Stefan Rudzki, I. asystent.

Podajemy do publicznej wiadomości szóste z rzędu sprawozdanie z działalności Sanatoryum, które z przyczyn od nas niezależnych uległo opóźnieniu. W sprawozdaniu niniejszem trzymamy się tych samych wytycznych, jak i w poprzednich. Zamykamy je w dwóch tablicach: I. Ruch chorych i II. Wyniki leczenia.

Pierwsza zawiera całą liczbę chorych, którzy przebywali w Zakładzie w celach leczenia w 1909 r., druga zaś tych chorych, którzy leczyli się conajmniej 30 dni, gdyż ten okres czasu przyjęliśmy za pewne minimalne kryteryum, pozwalające wyrobić sobie choć w przybliżeniu pogląd na przebieg choroby u danego chorego. Tym sposobem do sprawozdania lekarskiego nie wchodzą chorzy, którzy przybyli już po 1. grudnia 1909 r. i którzy wejdą do następnego sprawozdania za rok 1910, o ile leczyli się conajmniej 30 dni.

Ogólna liczba chorych w 1909 r. wynosi 350, z niej zaś przypada na Polaków 299, na Rosyan 33, na Rusinów 13 i na inne narodowości 5 (2 Niemcy, 1 Francuz, 1 Węgierka i 1 Gruzinka). W tablicy z wynikami leczenia znajduje się tylko 303 chorych, odpada zaś 47 chorych, którzy przybyli po 1 grudnia 1909 r.

Nadmienić winniśmy, że w liczbie 303 chorych znajduje się 66, z których 37 leczyło się po raz drugi w Sanatoryum, 16 po raz trzeci i wreszcie 9 po raz czwarty.

Co się tyczy metod leczenia, stosujemy już od roku 1907, jak wiadomo z poprzednich sprawozdań, tuberkulinę Beranecka (TBK) obok dawnej ogólnie znanej metody Brehmera-Dettweilera.

O tuberkulinie Beranecka obszerniej mówić nie będziemy; odsyłamy czytelnika, ciekawego zasad swoistego leczenia i szczegółów stosowania TBK, do pracy jednego z nas dwóch, która była przedmiotem referatu na I. Zjeździe internistów polskich w Krakowie (lipiec 1909 r.) i ukazała się w druku w bieżącym roku [1]).

W ciągu 1909 r. stosowaliśmy TBK razem u 40 chorych. Ponieważ w przytoczonej poniżej pracy podajemy wyniki, dotyczące 44 chorych, u których robiliśmy wstrzykiwania TBK od 1. I. 1907 do 1. VII. 1909 r., więc niepodobna nam w chwili obecnej mówić o dokładnych wynikach stosowania TBK w drugiej połowie 1909 r., leczenie bowiem u niektórych chorych nie było w dniu 31. grudnia 1909 r. ukończone i prowadzono je dalej w 1910 r. Możemy tylko raz jeszcze powtórzyć, że wyniki stosowania TBK, jakie otrzymaliśmy w ciągu $2^1/_2$ lat u 44 chorych, są w swych średnich liczbach niższe od wyników przy wyłącznem stosowaniu metody higieniczno-dyetetycznej.

Natomiast, — i na to położyliśmy nacisk w naszej pracy, — mamy wyniki kazuistyczne przy stosowaniu TBK u ciężko chorych na płuca z powikłaniami nawet w innych narządach (np. gruźlica krtani) — nader pomyślne. Sądzimy nadto, opierając się na przebiegu sprawy chorobowej w tych ciężkich przypadkach, że tak pomyślnych wyników nie otrzymalibyśmy, stosując wyłącznie metodę higieniczno-dyetetyczną. Z drugiej jednak strony nie możemy, — jak tego chcą bezwzględni zwolennicy swoistego leczenia —, widzieć w różnych preparatach tuberkulinowych niezawodne środki przeciw gruźlicy.

W pracy naszej »Ogólne uwagi o swoistem leczeniu gruźlicy« (»Przegl. lek.« Nr 20—22 1910 r.) staraliśmy się wykazać, że sprawa swoistego leczenia gruźlicy ani z teoretyczno-naukowego, ani z klinicznego stanowiska nie jest dotąd rozstrzygnięta. Różne więc przetwory, pochodzące z TBC, mogą w umiejętnych rękach, przy ostrożnem stosowaniu, odgrywać rolę środka tylko pomocniczego; zasadniczą zaś metodą pozostaje dotąd metoda higieniczno-dyetetyczna. Do takich wniosków doszli też autorowie naczelnych referatów o swoistem leczeniu gruźlicy na tegorocznym zjeździe internistów niemieckich w Wiesbadenie (Prof. Penzoldt z Erlangen).

O metodzie higieniczno-dyetetycznej obszernie mówić nie będziemy, jako o rzeczy powszechnie znanej. Poświęcimy tylko krótką wzmiankę niektórym szczegółom jej stosowania w naszym Zakładzie, przypominając, że streszcza się ona w trzech zasadniczych punktach: stałe oddychanie świeżem powietrzem, odpowiednie odżywianie i spokój fizyczny oraz psychiczny, przy uwzględnieniu indywidualnych właściwości chorego. Jeśli oddychanie świeżem powietrzem nazywamy stałem, to z tego powodu, iż wszyscy chorzy, z wyjątkiem gorączkujących, spędzają obowiązkowe 6 godzin na werandach (do 7 wieczorem), niektórzy z nich werandują i w godzinach wieczornych zimą i latem, stosownie do stanu pogody. Dalej wszyscy chorzy sypiają przy otwartych oknach lub górnych szybach, stosownie do stanu pogody latem i zimą, z nielicznymi wyjątkami, dotyczącymi chorych, zbyt wrażliwych na chłód. Poza obowiązkowemi godzinami werandowania, chorzy silniejsi używają spacerów w różnych odstępach czasu do 2—3 godzin dziennie, zaczynając od krótkich 10—15 minutowych pod nadzorem lekarskim. Słabsi zaś spędzają te 2—3 godzin przesiadując w chwilach wolnych od werandowania na ławkach, gęsto w parku rozstawionych. Zaznaczyć też musimy, że wspólne ubikacye są dokładnie wentylowane, zwłaszcza sale jadalne przed i po każdem jedzeniu. Co się tyczy chorych gorączkujących, to ci są zmuszeni do leżenia w łóżkach przy otwartych oknach aż do utraty gorączki. Zauważyć jednak należy, że bywają niekiedy przypadki, gdzie ciepłota np. do 37·3—37·4° w ustach, uporczywie się trzyma na tym poziomie pomimo leżenia w łóżku. Wówczas próbujemy wyprowadzać chorych na werandę, z początku na pół dnia, później do 4. godziny popołudniu, wreszcie na cały dzień,

[1]) Dr Kazimierz Dłuski: O stosowaniu tuberkuliny Beranecka (TBK) w gruźlicy płuc. »Przegląd lekarski«, 1910, Nr 23.

przeplatając takie częściowe werandowanie leżeniem w łóżku i tym sposobem otrzymujemy niejednokrotnie zupełny spadek ciepłoty. Za regułę takie postępowanie służyć jednak nie może; wymaga ono dokładnej znajomości chorego, a na jej podstawie ścisłego indywidualizowania. Zasadą dla zwalczania gorączki pozostanie zupełny brak ruchu, t. j. leżenie w łóżku przy otwartych oknach. Naturalnie, znacznie jeszcze lepszem byłoby wysuwanie chorego z łóżkiem na kółkach na balkon przy jego pokoju na cały dzień; ale balkony takie mają wiele niedogodności, o których zbyteczna tu mówić. W każdym razie taką metodę uważamy za najlepszą dla zwalczania gorączki. W znacznej większości przypadków, nawet przy wysokich gorączkach, dochodzących do 39—40°, otrzymujemy pomyślne wyniki, posiłkując się tylko częściowo niewielkiemi dawkami środków przeciwgorączkowych.

O sprawie odżywiania chorych mówiliśmy obszernie w poprzednich sprawozdaniach. Tutaj powiemy w kilku słowach, iż ciągłą troską administracyi Zakładu jest, aby kuchnia była obfita i zdrowa. Że zabiegi jej uwieńczone są pomyślnym skutkiem, dowodzi tego przyrost wagi (patrz tabl. II). Liczby wskazują, iż przyrost ten dotyczy 80% ogółu chorych, stanowiąc najwyższą dotąd cyfrę, gdyż w poprzednich sprawozdaniach mieliśmy najwyżej 75—77%. Poruszając niektóre szczegóły, dodamy, że jedzenie składa się z 5 posiłków dziennie i mleka o godz. 9 wieczorem. Mleko otrzymują chorzy na żądanie w dowolnej ilości bezpłatnie i obok wspomnianych 5 posiłków wypijają 1½ litra mleka dziennie. Zaznaczyć też powinniśmy, że wszelkie zaburzenia w trawieniu są przez lekarzy zakładowych bardzo dokładnie uwzględniane przez stosowanie odpowiedniej dyety. Zaburzenia, nawet długotrwałe, ustępują często bez stosowania żadnych lekarstw dzięki dodatniemu działaniu górskiego powietrza na całą przemianę materyi. Fakt ten został stwierdzony niejednokrotnie przez poważnych klinicystów w sanatoryach wysokogórskich.

Pozostaje jeszcze trzeci bardzo ważny punkt, ochrzczony w świecie lekarskim ogólnikowym terminem: »psychoterapia«, który przy leczeniu chorych na gruźlicę odgrywa wybitną rolę. Że każda sprawa chorobowa odbija się ujemnie na układzie nerwowym, dowodzić zbyteczna. Że nawet najlżejszy katar wprawia człowieka w »zły humor«, to rzecz powszechnie znana. Kto się jednak codziennie styka ze znaczną liczbą chorych na gruźlicę, kto żyje z nimi od rana do wieczora pod wspólnym dachem, kto dzieli z nimi smutki i radości, wiarę i zwątpienie, kto wprawnem okiem śledzi podnoszenie się i opadanie energii duchowej, ten z pewnością przyzna, że zapewne żadna kategorya przewlekle chorych (oprócz chorych dotkniętych specyalnie chorobami nerwowemi) nie ma tak niestałej równowagi psychicznej i tak łatwo jej nie traci, jak właśnie chorzy na gruźlicę. Dlaczego toksyny gruźlicze działają w ten sposób na układ nerwowy, to inna rzecz, wymagająca wszechstronnego naukowego wyświetlenia.

Ale doświadczenie poucza, że tak jest w istocie; ścisłe zaś spostrzeganie chorych z dnia na dzień, z godziny na godzinę (które jest niemożliwe poza zamkniętym zakładem), wykazuje, że sfera psychiczna u gruźliczych, nawet często u lekko chorych, jest mocno dotknięta i że właściwie u rzadko którego z nich jest stan psychiczny zupełnie prawidłowy. Najwięcej cierpi wola i wyobraźnia. Wyobraźnia, nawet u lekko chorych, rysuje im nieraz straszliwe obrazy choroby, doprowadza ich do utraty wiary w wyleczenie, graniczącej z rozpaczą, nad nią zaś nie może zapanować wola, gdyż jest dotknięta w swych osnowach zbytnią pobudliwością układu nerwowego. Tym sposobem chory obraca się w błędnem kole swych zwątpień i rozmyślań. I tu właśnie dokładne zrozumienie i odczucie duchowej istoty chorego przez lekarza, wejście w tajne głębiny jego cierpień i udręczeń, zapanowanie nad jego światem wewnętrznym, skierowanie jego pesymistycznych wrażeń i myśli na właściwe tory, jest czynnikiem rozstrzygającym. Zadanie to niełatwe, wymaga oprócz szczerego współczucia, ogromnego napięcia woli i energii, nieustającej wytrwałości i cierpliwości, ale bardzo często taka praca sowicie jest wynagrodzona. Tego rodzaju »psychoterapia«, hartująca ducha chorego, daje bezwątpienia w swoim zakresie daleko pewniejsze wyniki, niż różne środki swoiste. Oddalając od niego upiory zwątpienia, powracając utraconą energię, odbija się bezpośrednio na ważnych, ale podupadłych z powodu psychicznego stanu czynnościach ustroju, jak sen, łaknienie, trawienie i t. d., i tym sposobem jest dzielnym sprzymierzeńcem przy działaniu bezpośrednich fizycznych czynników.

Wspominając o hartowaniu ducha, po omówieniu głównych środków hartujących ciało, jak stałe używanie świeżego powietrza i odpowiednie odżywienie, musimy wymienić powszechnie używane w sanatoryach dla gruźliczych zabiegi wodolecznicze: nacierania i natryski. Nacierania zaczynamy od wody, zmieszanej nawpół lub w jednej trzeciej części z wyskokiem i przechodzimy stopniowo do czystej; u silniejszych zaś chorych stosujemy następnie natryski, trwające 20—30 sekund, przyczem ciepłota wody obniża się od 35—10° C. Zauważyć jednak należy, że o ile silniejsi chorzy wogóle bardzo dobrze czują się po takich natryskach, to jednak zdarzają się nieliczne wyjątki z układem nerwowym tak pobudliwym, że i takie lekkie zabiegi muszą być zaniechane. Nacierania stosowaliśmy u 255 chorych, natryski tylko u 25 (natrysków tak mało dlatego, że podczas wielkich przeróbek w gmachu w roku 1909, jak przeniesienie wspólnych ubikacyi z I. piętra na parter i przeróbka ich na I. piętrze na pokoje dla chorych, natryski z konieczności przez dłuższy czas były nieczynne[2]).

Wyniki leczenia zawarte są w kolumnach cyfr, które rzucają należyte światło na cały szereg szczegółów. Rozpatrzmy je pokrótce.

W I. kolumnie wpada w oczy przewaga kobiet, która stale powtarza się już od 1906 r. Uwzględniając, że mężczyzna więcej jest narażony na zakażenie gruźlicą od kobiety, można przewagę kobiet wytłómaczyć tą okolicznością, że kobieta łatwiej może oderwać się od swych zajęć, jako mniej związanych z zabezpieczeniem bytu rodziny.

Co się tyczy wieku, to widzimy stale powtarzające się zjawisko, a mianowicie, że lata 21—30, następnie 31—40, dostarczają największego kontyngentu chorych. Chorzy z obu tych okresów wieku stanowią obecnie razem okrągło 64% ogółu, mniej jednak, niż w ostatnich 2 sprawozdaniach, gdzie liczba ta sięgała w IV. sprawozdaniu 85%, w V, — 75%.

Poruszając sprawę obciążenia dziedzicznego, musimy powtórzyć dawniej już wyrażone przez nas zapatrywanie, że zazwyczaj nie wywiera ono bezpośredniego wpływu na przebieg i wyniki leczenia. W ostatniem V. sprawozdaniu za r. 1908, gdzie liczba dziedzicznie nie obciążonych, wynosząc 40%, była niższą od poprzednich (w I. — 68%, w II. — 48%, w III. — 51%, w IV. — 54%), mieliśmy najlepsze wyniki lecznicze. Obecnie mamy wolnych od wszelkiego obciążenia tylko 37% (okrągło), wyniki zaś, jak poniżej wykażemy, wcale nie odpowiadają wysokiej liczbie obciążonych, t. j. 63% (okrągło). Przechodząc do innych

---

[1]) Co się tyczy używania lekarstw, musimy nadmienić, że stosujemy je tylko objawowo, nie przypisując im w leczeniu samej sprawy chorobowej zasadniczego znaczenia. Jako środki przeciwgorączkowe stosowaliśmy aspirynę, fenacetynę, piramidon, laktofeninę i inne. Ze środków ogólnie działających i podnoszących działalność całego ustroju stosowaliśmy w przypadkach niedokrwistości żelazo i arsen bądź to wewnętrznie, bądź podskórnie. Z innych zabiegów leczniczych wykonywaliśmy galwanizacyę, faradyzacyę i miesienie wibracyjne w cierpieniach, towarzyszących sprawie głównej, oraz stosowaliśmy bańki, nacierania i t. d. Przeciw bolom w suchem zapaleniu opłucnej oprócz baniek, opasek wysychających i przetworów jodowych, chętnie stosowaliśmy naświetlanie światłem fioletowem, którego działanie częstokroć okazywało się bardzo skuteczne.

szczegółów, bezpośrednio związanych z wynikami leczniczymi, widzimy z tablicy II, że gorączka znikła u 39·2% chorych, którzy z nią do Zakładu przybyli; laseczniki zaś tylko — u 17·8%. Co się tyczy pierwszej cyfry 39·2%, to widzimy przez zestawienie jej z liczbami z pięciu poprzednich sprawozdań (41%, 48%, 31%, 53·5%, 55·8%), że jest wyższa tylko od cyfry w III. sprawozdaniu (31%). Tymczasem wyniki obecne wcale nie są gorsze od wyników z dwóch ostatnich sprawozdań, jak poniżej zobaczymy. Takie wahanie w liczbach, oznaczających spadek ciepłoty, jest bezpośrednio związane ze znanym ze swej nieprawidłowości przebiegiem sprawy gruźliczej. Posuwa się on po linii łamanej, o zboczeniach z góry nieprzewidzianych. Jeśli zazwyczaj stopniowe znikanie gorączki i zbliżanie się ciepłoty ciała do poziomu prawidłowego jest ze stanowiska klinicznego wskazówką poprawy, to znów zdarzają się nierzadko przypadki, gdzie chory po dłuższem leczeniu traci zdawałoby się na stałe gorączkę, ale na krótki czas przed opuszczeniem Zakładu wskutek nieznacznego powikłania (np. niewielkie suche zapalenie opłucnej) znów popada w lekką gorączkę lub w stan podgorączkowy. Taki chory z konieczności nie może w chwili wyjazdu figurować w rubryce »utrata gorączki«. To samo da się powiedzieć o znikaniu laseczników, które słusznie bywa uważane za rozstrzygający czynnik wyleczenia. Jak powikłana jest ta sprawa, świadczy o tem choćby ten znany fakt, że przy uodpornieniu na maksymalne dawki starej tuberkuliny Kocha (np. cały 1 gram) i przy zupełnej utracie gorączki laseczniki mogą swobodnie bujać w ustroju. Przytem zauważyć należy, że znikanie laseczników bywa także nieraz kapryśne; zdarzają się przypadki, że równolegle z poprawą stanu ogólnego i płuc, laseczniki znikają na czas dłuższy, a później znów się pokazują, choć poprawa idzie niewzruszenie naprzód. Bywa czasem wręcz odwrotnie. Zastrzeżenia takie są konieczne, aby usprawiedliwić wahania w cyfrze znikania TB., które nie jest w bezpośredniej harmonii z dodatnimi wynikami klinicznymi w naszych różnych sprawozdaniach.

Cyfry znikania laseczników przedstawiają się w następujący sposób:

Sprawozdania:

I. u 11%	ogółu chorych		IV. u 9·2%	ogółu chorych	
II. » 14%	»	»	V. » 18%	»	»
III. » 23%	»	»	obecne VI. » 17·8%	»	»

Cyfra najwyższa, 23%, jest w III. sprawozdaniu, gdy tymczasem wyniki leczenia w IV przy cyfrze 9·2% są lepsze od III. Dodatnie wyniki wynoszą w III. sprawozdaniu około 80% procent poprawy; w IV. — 82·8%.

Co się tyczy wagi, zauważymy tylko w paru słowach, że przybytek dotyczy w poprzedniem (r. 1908) i w niniejszem sprawozdaniu największej liczby chorych, a mianowicie waga zwiększa się u 80 lub 81% przy średniem zwiększaniu się 6·3 lub 6·4 kg. na osobę w ciągu 100 dni, przyczem maximum na 100 dni doszło do 33 kg. Natomiast średnia utrata 2·3 kg. na osobę jest obecnie najmniejszą w zestawieniu ze wszystkiemi poprzedniemi sprawozdaniami.

Przechodzimy teraz do ogólnych wyników leczniczych, zawartych w tablicy II. Chorych naszych dzielimy, jak dawniej, na trzy okresy wedle starej klasyfikacyi Turbana, uznając w gruncie rzeczy jej wielkie braki, polegające, jak wiadomo, na uwzględnieniu tylko rozległości zmian anatomicznych, bez uwzględnienia tak ważnych rzeczy, jak odporność ustroju, większy lub mniejszy stopień zatrucia przez toksyny gruźlicze itd. itd.

Zaznaczamy, że jak dawniej, tak i teraz, unikamy określenia »wyleczenie«, o którem rozstrzyga tylko czas, a określamy poprawę wyrazem »względna«, gdy dotyczy głównie stanu ogólnego; »znaczna« — gdy jednocześnie spostrzega się wybitną poprawę także i w płucach. Jak nam wskazują cyfry, mamy obecnie ogółem 86% poprawy (znaczna 55%, względna 31%), 9·7% bez zmiany, 3% pogorszeń i tylko 1·3% zejść śmiertelnych. Liczby te są wyższe od liczb w pierwszych czterech sprawozdaniach i trochę niższe od liczby z V. sprawozdania w r. 1908, gdzie odsetek poprawy wynosił 89·7% ogółu chorych. Gdy zważymy jednak, że w r. 1908 mieliśmy w I okresie według Turbana 41·6% ogółu, oraz 23% w III, — w r. 1909 zaś mamy tylko 36% w I. okresie i 25% w III, to nieznaczna różnica 3·7% na niekorzyść r. 1909 da się przy uwzględnieniu gorszego obecnie materyału całkowicie wyrównać.

Dla nakreślenia zupełnego obrazu wyników leczniczych, należy się jeszcze zatrzymać na niektórych ważnych szczegółach, stanowiących powikłania w przebiegu zasadniczej sprawy chorobowej.

Przedewszystkiem krwioplucia i krwotoki, o których krążą całe legendy, jakoby klimat wysokogórski działał w tym kierunku szkodliwie, wywołując bezpośrednio ten objaw, tak częsty w gruźlicy płuc. Przeciwko tej legendzie występowaliśmy już niejednokrotnie, dowodząc, iż jest wytworem wyobraźni: rozumowanie bowiem oparte na faktach i liczbach podcina je w samej osnowie. Faktem jest, iż krwioplucia występują we wszelkich klimatach, że nie mają bezpośredniego związku ze stopniem nasilenia choroby, gdyż brak ich często u ciężko chorych, aż do zejścia śmiertelnego, z drugiej znów strony pokazują się u ludzi pozornie zupełnie zdrowych, jako pierwszy objaw choroby, że ostatecznie nieznana nam jest ich zasadnicza przyczyna, jeno sam mechanizm. Jestto jednem słowem powikłanie, z góry nieprzewidziane, pozbawione objawów zwiastunowych. Logicznie więc rzecz biorąc, twierdzenie, iż taki a taki klimat »usposabia do krwotoków«, jest poprostu twierdzeniem gołosłownem, nie przeszkadza to jednak tworzeniu się bajek na ten temat przy rozprawianiu o górskim klimacie przez ludzi, nie znających jego właściwości.

W sprawie tej podajemy następującą statystykę:

Krwioplucia i krwotoki.

	przed przybyciem do sanatoryum (ogółu chorych)	powtórzyły się w sanatoryum (ogółu chorych)	po raz pierwszy w sanatoryum (z całej liczby chorych)
I. sprawozd.	u 34%	u 18%	u 2·7%
II. »	» 36%	» 18%	» 0·8%
III. »	» 31%	» 18%	» 2·0%
IV. »	» 43%	» 20%	» 2·6%
V. »	» 45%	» 14·2%	» 1·9%
VI. obecne	» 48% [3])	» 10% [4])	» 2·3% [5])

Liczby te są tak wymowne, że nie potrzebują żadnych komentarzy i uwalniają klimat nasz od obrońcy przed niepowołanymi oskarżycielami.

Jedno tylko zaznaczyć należy, że nigdy nie mieliśmy tak małej liczby powtarzających się w Sanatoryum krwotoków. Przypominamy przytem przytoczony w poprzednich sprawozdaniach fakt, a mianowicie, że cyfry nasze, obejmujące wielki materyał, gdyż razem 1618 chorych (obecnie w 6 sprawozdaniach), zgadzają się z cyframi z sanatoryów wyżej położonych, jak Leysin (1400 metr.), Davos (1650 metr.), Arosa (1800 metr.).

To samo da się powiedzieć o gruźlicy krtani, na którą ma rzekomo wpływać szkodliwie klimat wysokogórski, choć bardzo wybitni laryngologowie polscy przysyłają nam tu ciężkie przypadki, przy istniejącej naturalnie gruźlicy płuc. W artykule »Uwagi o wskazaniach do leczenia gruźlicy płuc w Zakopanem« (»Nowiny lek.« Nr 1 i 2, 1910 przez Dra K. Dłuskiego), dotyczącym 1550 chorych, podaliśmy średnią liczbę polepszeń, która, wahając się w ciągu 7 lat, trzyma się na średnim poziomie 50% do 60%. Obe-

[3]) Czyli krwioplucia i krwotoki pojawiały się u 147 (na 303) chorych przed przybyciem do Zakładu.

[4]) Powtórzyły się u 15 chorych.

[5]) Po raz pierwszy u 7 chorych.

cnie mamy nieznaczną liczbę chorych z gruźlicą krtani, gdyż tylko 24, co stanowi bardzo mały odsetek całej liczby, okrągło 8% (średnio mamy 11—12%). Natomiast otrzymane wyniki uważać można za zadowalniające, a mianowicie: u 6 chorych znaczna poprawa, u 10 względna, 8 bez zmiany. Nadmienić zaś należy, że w liczbie 24 przypadków mieliśmy 7 ciężkich z wielkiemi zmianami w krtani w postaci rozległych nacieków i owrzodzeń. Zdaniem naszem tak pomyślny wynik przypisać należy szczególnej odporności chorych, u których przed poprawą krtani nastąpiła wybitna poprawa stanu ogólnego, a następnie płuc. Jeśli dla uzupełnienia obrazu dotkniemy innych powikłań w przebiegu gruźlicy płuc, to, jak zwykle, niekorzystnie przedstawi się gruźlica jelit. Mamy 7 przypadków stwierdzonych klinicznie i bakteryologicznie, z których w jednym lekkim przypadku względna poprawa (czy stała? Przyp. autorów), 3 bez zmiany, 3 wyraźne pogorszenia. Tak samo rzecz się ma ze zmianami nerek na tle gruźliczem (nie mówimy o zwykłych zapaleniach nerek, lub o przejściowym białkomoczu), gdzie na 2 przypadki mamy 2 pogorszenia. Gruczoły na szyi (mamy na względzie tylko większe, począwszy od wielkości fasoli do wielkości jaja kurzego) w 12 przypadkach dają następujący wynik: 1 duża i 1 względna poprawa, 1 pogorszenie, 9 bez zmiany.

Przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego, zapewne natury gruźliczej, w przypadkach 4 (1 znaczna poprawa, 1 względna, 1 bez zmiany, 1 pogorszenie), oraz 1 przypadek ostrego zapalenia wyrostka z pomyślnem ukończeniem bez zabiegu chirurgicznego.

Spostrzegaliśmy następnie: 1 pleuritis haemorrhagica, 2 pneumothorax, 1 ulcus linguae, 1 pericarditis, 1 nephrolithiasis. Wreszcie 3 fistulae ani (2 znaczne poprawy, 1 zupełne wyleczenie), 1 peritonitis tub. ze znaczną poprawą i 1 spondylitis z zimnym ropniem opadowym (poprawa względna).

Wreszcie dzielimy się z czytelnikami spostrzeżeniami, dotyczącemi charakterystycznych ognisk gruźliczych, oraz suchego zapalenia opłucnej. Co się tyczy pierwszych, obszerniej mówić nie będziemy, odsyłając do poprzednich sprawozdań. Zaznaczymy tylko pokrótce, że głównem ich siedliskiem jest w prawem płucu przestrzeń od grzebienia do połowy łopatki, w lewem zaś II. i III. międzyżebrze w pobliżu mostka, że sprawa w takich ogniskach wyprzedza pojawienie się sprawy szczytowej, lub pojawia się sa-

TABLICA I.

Ruch chorych w Sanatoryum w Zakopanem od 1. stycznia 1909 do 31. grudnia 1909 (włącznie).

Narodowość	Ilość	Płeć		Pochodzenie	Ilość	Liczba dni leczenia	Wiek		
							lat	osób	
Polacy	299	163 mężczyzn	187 kobiet	Galicya	117	7763	0—10	3	Średnia pobytu jednego chorego 78·6 dni
Rosyanie	33			Królestwo	83	6007	11—20	50	
Rusini	13			Warszawa	30	2668	21—30	145	
Niemcy	2			Rosya	114	10624	31—40	76	
Gruzinka	1			Księstwo Poznańskie	5	333	41—50	54	
Węgier	1			Inne	1	131	51—60	19	
Francuz	1						>60	3	
Razem	350	350		Razem	350	27526		350	

TABLICA II.

Wyniki leczenia 303 chorych za czas od 1. stycznia 1909 do 31. XII. 1909 (włącznie).

Płeć		Wiek		Obciążenie dziedziczne		Gorączka		Prątki		Waga obliczona na 100 dni						Okresy	Poprawa			Pogorszenie	Śmierć
		lata	osób	rodzaj *)	osób												znaczna	względna	bez zmiany		
134 mężczyzn	169 kobiet	0—10	3	o¹	95	przyjechało z gorączką osób 222	utraciło gorączkę osób 87	przyjechało z tb osób 118	utraciło tb osób 21	u 242 przybrało 6·4 kg.	42 straciło 2·3 kg.	10 bez zmiany	9 nieznana	ogólna liczba dni leczenia 20747	średnia na 1 chorego 88·3	I. 108 36%	69	32	7	--	—
		11—20	46	o²	3																
		21—30	124	o	92																
		31—40	69	bez	113																
		41—50	43													II. 120 39%	71	36	9	3	1
		51—60	16																		
		> 60	2													III. 75 25%	27	25	13	7	3
303		303		303		% utraty gorączki 39·2%		% utraty tbc 17·8%		przybytek u 80% ogółu						razem 303	167 55%	93 31%	29 9·7%	10 3%	4 1·3%

*) o¹ — oznacza obciążenie dziedziczne ze strony jednego z rodziców; o² — ze strony obojga rodziców; o — obciążenie ze strony krewnych lub rodzeństwa.

modzielnie, że jest uporczywsza i mniej skłonna do poprawy. Ognisk takich spostrzegaliśmy w prawem płucu 27, w lewem — 10, razem 37, czyli okrągło u 12% chorych.

O suchem zapaleniu opłucnej, które samo przez się jest tak częstem zjawiskiem w przebiegu gruźlicy płuc, wspominamy dlatego osobno, że ma swe szczególne cechy, a mianowicie: zjawia się nieraz przelotnie, a towarzyszące mu objawy, jak ból i tarcie, znikają czasem w ciągu kilku godzin na stałe, lub wracają, a znów po krótkim czasie znikają i t. d. Miejsce takiego suchego zapalenia opłucnej bywa nieraz bardzo ograniczone, zajmuje zaledwie parę ctm; czasem zapalenie opłucnej opuszcza na stałe dawne siedlisko i przerzuca się w miejsce daleko od piewszego położone; wreszcie objawy podmiotowe niejednokrotnie nie harmonizują z nasileniem przedmiotowem sprawy, gdyż przy rozległem tarciu ból i kłucie bywają bardzo małe i naodwrót [6]). Tego rodzaju zapalenie opłucnej nazywamy »pleuritis sicca volans«. Liczba takich przypadków wynosi w obecnem sprawozdaniu 42, czyli około 12%.

Omówiliśmy wszelkie poszczególne pozycye, dotyczące wyników leczniczych, o ile można dokładnie; czytelnik więc może sam wysnuć wnioski.

Na zakończenie pragniemy poświęcić słów parę frekwencyi chorych, od czego bezpośrednio zależy przyszłośc Zakładu.

Pomimo wielkiego uprzedzenia do wszystkiego, co niema etykiety zagranicznej, pomimo strachów przed wiatrami halnymi (wieją one średnio kilkanaście dni w ciągu roku), pomimo narzekań na dżdżyste lato itd., frekwencya Zakładu stale wzrasta, a największą liczbę chorych mamy w miesiącach zimowych i letnich. Frekwencya, która od I. roku podniosła się w 1907 r. o 55%, wzrosła w 1908 i 1909 r. jeszcze o 20%, więc razem o 75% do końca r. 1909. Z tego wypada logiczny wniosek, że istniała potrzeba powstania Zakładu i że on tej potrzebie odpowiada. Za takim wnioskiem przemawiają bezpośrednio liczby. Ale oprócz ilościowego, liczby nasze mają jeszcze jakościowe znaczenie. Twórcy Zakładu największe nadzieje pokładali w Królestwie Polskiem i w Warszawie, ze względu na to, że na terytoryum tem mieszka w zwartej masie najwięcej Polaków. Tymczasem pomimo wzrastającej ogólnej frekwencyi, frekwencya z Królestwa Polskiego i Warszawy spada: w 1903 i 1904 wynosiła 38·5% i 39·6% całej liczby chorych (umieszczonych w tabl. I.), w roku 1909 spadła do 32·3%. Natomiast frekwencya z Galicyi stale wzrasta i z 27% i 30% w 1903 i 1904 podniosła się do 35% w r. 1909. Z drugiej strony wieści o Zakładzie przekraczają znacznie nasze granice etnograficzne. Wśród Rosyan, których frekwencya z 4% w pierwszym roku wzrosła do 9—10% w ostatnich dwóch latach, mamy chorych nietylko z południowych, środkowych i północnych gubernii, ale i z tak oddalonych, jak gub. permska, orenburska, Kaukaz, a nawet i Syberya (gub. irkucka i Obłast Jakucka). Jest to świadectwem, że Sanatoryum potrafiło zdobyć sobie opinię daleko poza granicami własnego kraju.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Sprawy sanitarne w Sejmie galicyjskim nie znajdą się w rozpoczętej właśnie 22. b. m. jesiennej sesyi w korzystnych warunkach. Już w sesyi zeszłej walki narodowościowe w Izbie, a sprawa reformy wyborczej za kulisami, przytłoczyły cały szereg spraw ważnych, a że sprawy sanitarne, choć niemniej od innych ważne, odgrywają w Sejmie obecnym często rolę kopciuszka, nic więc dziwnego, że zostały zepchnięte na plan ostatni i nawet sprawozdanie sejmowej komisyi sanitarnej nie dostało się pod obrady. Jeszcze gorsze horoskopy stawiać im można w sesyi obecnej, z tych samych powodów z dodatkiem pewnego zaostrzenia się sprawy reformy wyborczej.

Przy otwarciu Sejmu nie było też o sprawach sanitarnych żadnej wzmianki w mowie Marszałka kraju; natomiast Namiestnik w przemówieniu swem, wspomniawszy naprzód o zarządzeniach przeciwcholerycznych, poświęcił obszerny ustęp sprawie podniesienia Krynicy, podnosząc, że wszczęta przezeń w tej mierze akcya nie ustaje, że właśnie otrzymał kredyt na głębokie wiercenia celem poszukiwania nowych źródeł wody, że podjęte będą także prace celem zwiększenia wydajności głównego źródła, a z wiosną rozpocznie się budowa łazienek borowinowych; plany regulacyi Kryniczanki i kanalizacyi są zupełnie wygotowane. Uwaga, którą Szef rządu krajowego zwraca na sprawy zdrowia publicznego i zdrojownictwa, powracając do nich w swych przemówieniach nie po raz pierwszy, budzi uzasadnione nadzieje także i na przyszłość.

Krynica zajmowała także Sejm na drugiem zaraz posiedzeniu, na którem uchwalono rozdzielenie gminy na Krynicę-Zdrój i Krynicę-Wieś, bez którego to rozdziału dalszy prawidłowy rozwój zdrojowiska byłby niemożebny. Prośbę letniska Brzuchowice pod Lwowem o utworzenie tam stacyi klimatycznej polecił Sejm zbadać Wydziałowi krajowemu zgodnie z wnioskiem swej komisyi gminnej, a wbrew wnioskowi Dra Kurowca, który proponował przekazanie tej sprawy komisyi sanitarnej Sejmu. Być może, że w tym przypadku było to zbyteczne; niemniej wniosek Dra Kurowca miał tę zaletę, iż był przypomnieniem, że wszelkie sprawy, dotykające warunków sanitarnych, powinnyby przechodzić przez komisyę sanitarną, którą w tym względzie dotychczas niejednokrotnie ze szkodą dla rzeczy pomijano.

W toku obrad na pierwszych posiedzeniach Sejmu wyłoniły się dwie jeszcze sprawy, związane ze szpitalnictwem: koszta leczenia chorych ubogich, — rzecz, mająca znaczenie głównie administracyjne, — oraz humanitarny i uzasadniony wniosek posła Skarbka o przyznanie 50% zniżenia ceny jazdy III. kl. dla chorych ubogich i osób im towarzyszących.

W przedłożonym Sejmowi preliminarzu budżetu krajowego na r. 1911 przewidywany jest w rubryce spraw zdrowotnych wydatek 6,667.860 kor. (w porównaniu z rokiem 1910 więcej o 308.955 k.), a dochód 2,554.374 k. (więcej o 177.258 kor.). W stosunku do ogółu wydatków (62,107.458 kor.) wynosi wydatek na cele zdrowia publicznego 10·5%.

W r. 1908 zaś, z którego sprawozdania finansowe składane są Sejmowi w obecnej sesyi, wydano na cele zdrowia publicznego według sprawozdania Departamentu V. (sanitarnego) Wydziału krajowego 6,219.116 kor. (więcej o 360.502 kor., niż preliminowano w budżecie na rok 1908, a o 306.289 k. więcej, niż wydano w r. 1907). Dochody w tej rubryce (głównie dochody z majątków zakładowych szpitali krajowych we Lwowie i w Krakowie i zakładu obłąkanych w Kulparkowie) wynosiły w r. 1908 2,583.200 k., tak, że wydatek czysty wynosił 3,635.916 k. W ciągu pięciu lat (1907—1911) przeto wzrasta wydatek na cele sanitarne corocznie średnio o mniej więcej 150.000 k. Wzrost ten powstaje głównie przez powolne, ale stałe zwiększanie się kosztów utrzymania chorych w szpitalach i przez wzrost liczby dni leczenia.

Główną część wydatków stanowiły w r. 1908, jak zawsze, koszta leczenia (2,684.059 k.), potem wydatki szpitala lwowskiego, które dobiegły 1,277.054, następnie zakładu kulparkowskiego (996·640); na trzeciem dopiero miejscu idzie szpital krakowski (845.491); szczepienie ochronne krowianką kosztowało w r. 1908 — 157.251 k., lekarze okręgowi 106.556, zasiłki dla zakładów sanitarnych 90.916, utrzymanie podrzutków 42.758, leki podczas epidemii 12.590, a wreszcie stypendya na podróże naukowe lekarzy 5.801 k.

Dni leczenia było w r. 1908 wogóle 2,272.522 (o 54.316 więcej, niż w r. 1907), leczenie jednego chorego trwało średnio 25·2 dni (w szpitalach stołecznych i klinikach 18·7, w szpitalach prowincyonalnych 20·5, w zakładach dla obłąkanych 170·7), — wszystkich chorych było średnio dziennie 6.207, dzień leczenia jednego chorego kosztował średnio 1·80 k. (w szpitalach stołecznych i klinikach 2.80 k., z tego żywienie 0·72 k., w szpitalach prowincyonalnych 1·41 k., z tego żywienie 0·47 k.).

[6]) Iako przykład, następujący przypadek: Chory dostaje raptem wieczorem tak silnego kłucia w III międzyżebrzu lewem, że krzyczy na cały głos; ciepłota podnosi się raptem do 40%; tymczasem badanie wykazuje słabe tarcie na przestrzeni 2—3 cm. Wstrzyknięcie morfiny, szybkie uspokojenie bolu i zniknięcie tarcia, nazajutrz rano ciepłota prawidłowa.

Z tabeli porównawczej za 5 lat, podanej w sprawozdaniu, godzi się przytoczyć następujących kilka liczb:

Koszt dnia leczenia wynosił:

	r. 1902	r. 1906
W Galicyi	1·35	1·52
» Czechach	1·94	1·99
» Austryi dolnej	2·56	2·69
» Styryi	1·79	1·95
» Tyrolu	1·98	2·07 koron.

Liczba łóżek we wszystkich szpitalach naszych (35 publicznych i 59 resp. 57 prywatnych) wzrosła cokolwiek, tak, że w r. 1906 przypadało w Galicyi jedno łóżko na 1205 mieszkańców, gdy w roku 1905 jedno na 1208. Z innych krajów austryackich układa się następujący szereg: Dalmacya (1052), Bukowina (999), Gorycya (836), Morawy (614). Czechy (534), Kraina (501), Istrya (bez Tryestu) (490), Śląsk (478), Austrya dolna, górna, Karyntya, Styrya, Tyrol, Salzburg (wszystkie poniżej 1:350), Tryest (114!).

Po tych ogólnych danych przechodzi sprawozdanie Departamentu V. Wydziału kraj. do przedstawienia toku spraw w różnych działach sanitarnych, naprzód w szpitalnictwie. W szpitalu krajowym we Lwowie rozpoczęto w czerwcu b. r. budowę kliniki dermatologicznej; co do klinik oto-laryngologicznej, okulistycznej i psychiatrycznej, to ustalone ostatecznie szkice budowy czekają zatwierdzenia Ministerstwa, poczem ma Namiestnictwo jeszcze wypracować szczegółowe plany i kosztorysy; gdy one będą gotowe, rozpocznie Wydział krajowy niezwłocznie budowę. Dalej rozpoczęto przy szpitalu lwowskim (osobne sprawozdanie) budowę zakładu dla chorych zakaźnych na razie na 120 łóżek kosztem 1,200.000 koron; budowa ma być ukończona w jesieni 1911. Z powodu objęcia przez kraj szpitala dla dzieci św. Zofii dokonane będą w budynkach tego szpitala adaptacye i inwestycye kosztem 91.230 k. (os. spr.); personal szpitalny ma być zwiększony o 2 sekundaryuszy i 1 płatnego praktykanta, płace kierowników oddziałów w szpitalu św. Zofii podwojone (z 1200 na 2400 k.). Wreszcie utworzono w szpitalu lwowskim pracownię rentgenowską, powierzając ją osobnemu kierownikowi (z płacą 2400 kor. rocznie). Natomiast odwleka się widocznie dalsza rekonstrukcya lwowskiego szpitala powszechnego, ponieważ plany i kosztorysy, opracowane jeszcze w r. 1907, wymagają obecnie zmiany.

Co do szpitala krakowskiego, to o sprawie najpilniejszej, — budowie oddziału położniczego —, oznajmia Wydział krajowy, że »rząd nie dał jeszcze stanowczej odpowiedzi, czy zamierza pomieścić w nowym budynku c. k. klinikę położniczą — oraz jaki będzie ze strony c. k. skarbu państwa zapewniony udział w kosztach budowy«. Ma się odbyć w tej sprawie znowu konferencya, »gdy c. k. Ministerstwo da dyrektywę c. k. Namiestnictwu w powyższych kwestyach«, co jednak dotąd nie nastąpiło »mimo kilkakrotnego przynaglania ze strony Wydziału krajowego«. Oprócz tej sprawy nadmienia Wydział krajowy o będącem w toku rozszerzeniu i rekonstrukcyi pawilonu chirurgicznego, co ma być ukończone w grudniu 1910.

W zakładzie dla obłąkanych w Kulparkowie przebudowuje się oczyszczalnie biologiczne; zaprowadzenie światła elektrycznego w zakładzie i budowa własnego wodociągu zakładowego (z wodociągu miejskiego wody jest obecnie za mało) powinny być, zdaniem Wydziału krajowego, odłożone na czas późniejszy, korzystniejszy finansowo.

Budowa zakładu dla obłąkanych na 534 łóżek (z możnością pomnożenia ich do 1000) w Kobierzynie pod Krakowem kosztem 7,000.000 koron jest w toku; do jesieni 1911 mają wszystkie budynki stanąć pod dachem, a do jesieni r. 1913 ma być cały zakład ukończony i urządzony. Dobrą wodę w ilości dostatecznej otrzyma zakład z wodociągów miejskich krakowskich.

W r. b. rozpoczynają czynność dwa nowe szpitale prowincyonalne: w Bóbrce (otwarty w czerwcu) i w Czortkowie (otwarty będzie we wrześniu), zbudowane z funduszów powiatowych, a odpowiadające najnowszym wymaganiom higieny szpitalnej. Nowe budynki szpitala w Białej, ukończone w lipcu, są tak okazałe, że szpital ten »może uchodzić pod każdym względem za jeden z najlepiej wyposażonych szpitali w kraju«. Rekonstrukcya szpitala w Bochni — nie postąpiła, ponieważ Sejm nie załatwił odpowiedniego sprawozdania Wydziału kraj., przedłożonego w ubiegłej sesyi. W Drohobyczu proponuje Wydział kraj. budowę nowego pawilonu zakaźnego. W Brzeżanach szpital zrekonstruowano i oddano już do użytku, jak również w Husiatynie; wkrótce też nastąpi to co do zrekonstruowanych szpitali w Tarnowie i Sanoku. Odwlekła się natomiast rekonstrukcya szpitala w Stanisławowie, gdzie rozpoczęto rokowania z gminą o uzyskanie gruntu pod nowe budynki, i budowa szpitala w Nadwórnie oraz pawilonu dla chorych wenerycznych w Stryju »wskutek braku odpowiedzi ze strony c. k. rządu w sprawie udziału jego w kosztach budowy«. — W tym rozdziale sprawozdania zasługuje na uwagę wzmianka, że Wydział krajowy wydał i rozesłał wszystkim szpitalom celem ujednostajnienia najpraktyczniejszego typu sprzętów szpitalnych katalog modeli.

Nowych okręgów sanitarnych ma być według wniosku Wydziału kraj. (osobne sprawozd.) utworzonych w r. 1911 — dwanaście. Wtedy we wszystkich już powiatach będą okręgi sanitarne, a mianowicie przeważnie po 2 i 3, a tylko w 13 powiatach po jednym. Dotąd istnieje okręgów 171, z których wakuje obecnie 28; wakanse te jednak ma Wydział krajowy nadzieję obsadzić wkrótce, (wobec podwyższenia płac w nieobsadzonych okręgach i uchwalenia ustawy emerytalnej dla lekarzy okręgowych), o ile oczywiście przyczyna wakansów nie leży w ogólnym braku lekarzy, dającym się odczuwać także w szpitalnictwie.

Dla zdrojowisk krajowych przygotował Wydział kraj. nowy wzorowy statut, który będzie przedmiotem obrad kraj. Rady Zdrowia; ustanowienie osobnego »inspektora lekarskiego zdrojowisk« odkłada Wydział krajowy do czasu uregulowania stosunków prawno-administracyjnych zdrojowisk i wydania nowych statutów.

Podjęte w powiecie nowotarskim próby leczenia matołków przetworami gruczołu tarczowego, któremi to próbami kierował lekarz powiatowy, poseł Dr Bednarski, wypadły nader pomyślnie i obudziły zaufanie ludności. Wobec tego wyznaczono na dalsze leczenie w roku 1911 — 1250 k. z funduszów krajowych; oprócz tego dostarczy funduszów rząd.

Umowa Wydziału kraj. z Zakładem dla sierot w Bobrku o utrzymywanie podrzutków została rozwiązana. W zakładzie wiedeńskim znajduje się około 400 podrzutków, utrzymywanych kosztem funduszów krajowych Galicyi.

Dla Sióstr zakonnych utworzył Wydział kraj. kursa pielęgnowania chorych w szpitalu lwowskim; w pierwszym roku istnienia uczyło się w tej szkole 24 słuchaczek z 8 zgromadzeń zakonnych z nader pomyślnym wynikiem. Dążąc do tego, aby wszystkie Siostry, pielęgnujące chorych w naszych szpitalach, kurs ten odbyły, urządzać będzie Wydział kraj. na przyszłość corocznie po dwa kursy pięciomiesięczne. Dyrektor szpitala lwowskiego, jako kierownik kursu, opracował dla uczennic szczegółowy podręcznik. — Z d. 1. stycznia 1910 weszła w życie nowa umowa z Siostrami Miłosierdzia w szpitalach lwowskim i krakowskim, w toku zaś jest zmiana umowy w Kulparkowie i w szpitalach prowincyonalnych.

Zasiłki na podróże naukowe otrzymało w r. 1910 dziesięciu lekarzy, imiennie przytoczonych w sprawozdaniu. Stypendyści przedkładali Wydziałowi kraj. sprawozdania, po części ogłoszone drukiem w pismach lekarskich.

Wreszcie oznajmia Wydział kraj. o akcyi, którą zainicyował w sprawie budowy państwowego zakładu dla umysłowo chorych zbrodniarzy, o skutecznych zabiegach, by liczba członków Najw. Rady Zdrowia, powołanych z Galicyi, została zwiększona i o zamiarze dalszych w tym względzie kroków, — w końcu o kilku petycyach drobniejszego znaczenia.

Sprawozdanie Inspektora szpitali krajowych o stanie tych szpitali nie zostało jeszcze przez Wydział kraj. Sejmowi przedłożone. Jedynie z tablic, dołączonych do sprawozdania Departamentu V., można wnosić, że w niektórych punktach wypadnie ono mało co pomyślniej, niż dawniejsze. Dotyczy to zwłaszcza przepełnienia niektórych szpitali w r. 1908 (średnio dziennie: w Drohobyczu 157 chorych na 120 łóżkach, w Husiatynie 99 na 70, w Jarosławiu 122 na 110, w Kołomyi 126 na 40 [?! chyba pomyłka drukarska], w Podhajcach 121 na 85, w Przemyślanach 78 na 44 [!], w Stanisławowie 184 na 120 [!], w Stryju 133 na 99, w Tarnobrzegu 50 na 30 [!], w Tarnopolu 105 na 100, w Wadowicach 67 na 41 [!], w Zaleszczykach 109 na 60 [!], w Żółkwi 142 na 120, w Żywcu 116 na 100, w Krakowie na oddziale położniczym 45 na 30, na oddziele psychiatrycznym 141 na 115, w Kulparkowie 1378 na 1111), nie mówiąc już o tych szpitalach, gdzie nawet średnie cyfry świadczą o znacznym niedoborze rezerwy wolnych łóżek (Bochnia 52 na 55, Lubaczów 49 na 50, Przemyśl 198 na 200, Turka 67 na 67, itp.).

(Dok. nast.).

Dzieło o szpitalach w Austryi. Ministerstwo spraw wewnętrznych postanowiło wydać opis szpitali w Austryi, objaśniony planami i widokami, a obejmujący także krótkie zarysy historyczne, jako drugi tom wydawnictwa, którego tomem pierwszym jest dzieło Dra Hofmokla o szpitalach wiedeńskich. Ministerstwo wezwało więc władze polityczne wszystkich krajów (rozp. z d. 16. VII. 1910, »Österr. Sanitätswesen« Nr 36. z 6. IX. [dopiero!]), by nadesłały krótkie opisy szpitali, zwracając uwagę na urządzenie i prowadzenie i podnosząc zwłaszcza ulepszenia co do budowy, opieki nad chorymi i administracyi. Dziełem tem objęte być mają także szpitale projektowane lub będące w budowie. Pożądane jest nadesłanie ministerstwu wydanych już opisów. Uwzględnione być mają przedewszystkiem zakłady wielkie, z mniejszych zaś te, które odznaczają się wzorowem urządzeniem. Opisy będą umieszczone w dziele bezpłatnie. Wydawnictwa o szpitalach (w jakimkolwiek języku wydane) nadsyłać należy przez władze polityczne albo wprost do ministerstwa spraw wewn. (»für den k. k. obersten Sanitätsrat«) najdalej do 1. listopada b. r. Wyjaśnień udziela zresztą redakcya pisma »Das österr. Sanitätswesen« (Departament sanitarny ministerstwa spraw wewn.).

Leżałoby w interesie kraju, aby szpitale nasze były w tem wydawnictwie uwzględnione w sposób należyty. Nie wątpimy, że nastąpi to co do zakładów krajowych, zawiadywanych przez Wydział krajowy, wśród których kilka nowszych szpitali prowincyonalnych, oraz projekt zakładu w Kobierzynie, śmiało współzawodniczyć może z zakładami w innych krajach. Ale prócz publicznych, mamy w kraju kilka rzeczywiście wzorowych zakładów prywatnych, powstałych lub przekształconych w ostatnich latach, któreby również powinny w wydawnictwie rządowem odpowiednio być przedstawione. Jest rzeczą zarządu tych zakładów o to na czas się postarać. R.

Remuneracye asystentów w Austryi. Ministerstwo oświaty wydało w d. 24. sierpnia b. r. w sprawie remuneracyi asystentów wyższych szkół austryackich następujące rozporządzenie: 1. Remuneracya (adjutum) asystenta, który ma charakter urzędnika państwowego, wynosi 1700 koron rocznie i podnosi się przy nieprzerwanej służbie po 2 i 4 latach o 300 koron, zaś po 6 i 8 latach o 400 koron tak, że dochodzi do najwyższej kwoty 3100 koron rocznie. 2. Ci asystenci, którzy pełnią swą służbę bez charakteru urzędnika państw. (bez obywatelstwa austryackiego lub rządowych kwalifikacyi naukowych) pobierać mają stale 1400 kor. remuneracyi.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 18. IX. do 24. IX. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 6 † 1 (w tem obcych 2 † —), krztuśca 2, płonicy 13 † 3 (3 † 3), odry 12 † — (1 † —), duru brzusznego 9 † — (4 † —), czerwonki 2, gorączki połogowej 2 † 1 (1 † 1).

Dr Janiszewski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. Redaktor główny »Przeglądu lekarskiego, Prof. Dr Ciechanowski, powrócił do czynności redakcyjnych.

Lwów. Otrzymujemy następujące zawiadomienie:

»Komisya przemysłowo-lekarska Towarzystwa lekarskiego lwowskiego, ulegając usilnym prośbom, jakie napływały ze strony kół interesowanych, by projektowany na listopad b. r. krajowy Zjazd balneologiczny odbył się jeszcze w czasie trwania Sejmu krajowego, zmuszona była przyspieszyć termin tego Zjazdu na dnie 29. i 30. października b. r.«

Warszawa. W liście otwartym do Redakcyi »Gazety lekarskiej« przypomina Dr Jan Bączkiewicz konieczność sprawozdań z prac naukowych polskich, pisząc, co następuje:

»Jeżeli jednostkom nieraz jest trudno zdobyć się na ogłoszenie swych prac w językach obcych i stąd nieraz spostrzeżenia i nowe fakty naukowe giną jako nasz dorobek i stają się zasługą obcych, późniejszych ich odkrywców, to na instytucyach naukowych zbiorowych, jak: Zjazdy, Stowarzyszenia, zda się, wprost ciąży obowiązek, aby uprzystępniać nasz dorobek naukowy dla świata uczonego, tem bardziej, że organa tych instytucyi (sprawozdania, pamiętniki) są niejako odbiciem ruchu naukowego u nas w danej specyalności. Dla ścisłości zaznaczyć należy, że niezależnie od niewielu sprawozdawców do pism specyalnych, pewne usiłowania w tym kierunku już istniały i istnieją, jak np. dawał streszczenia w języku francuskim b. »Przegląd chirurgiczny«, daje »Przegląd pedyatryczny«, grono osób Tow. lek. lwowskiego zasila referatami »Archiw Virchowa«, streszczenia w języku francuskim dają »Sprawozdania warsz. Tow. naukowego«, miesięcznik »Zdrowie« (zeszyt sierpniowy). - Kwestya sprawozdań z piśmiennictwa polskiego do czasopism zagranicznych była przedmiotem obrad w sekcyi prasy lekarskiej na ostatnim X. Zjeździe lekarzy i przyrodników we Lwowie. Sekcya przeprowadzenie szerszej akcyi na tem polu przekazała Związkowi prasy lekarskiej polskiej«.

»Jeżeli ze względów czysto technicznych, czy materyalnych, nie może być mowy na razie o tem, ażeby wszystkie prace danego sprawozdania, czy pamiętnika, czy wydawnictwa, jednocześnie obok tekstu polskiego zawierały przekład na język obcy, to w zupełności jest rzeczą wykonalną i dla naszych kieszeni dostępną, ażeby obok tekstu polskiego było krótkie, zwięzłe streszczenia w języku obcym, np. w języku francuskim. Żaden komunikat, referat, czy praca oryginalna nie powinny być dopóty wniesione na porządek dzienny, póki autor nie przedstawi streszczenia, a sekretarze posiedzeń naukowych winni być zobowiązani do przedstawiania, niezależnie od protokołów, krótkich streszczeń dyskusyi naukowych. Aby uzyskać odpowiedni fundusz na przetłómaczenie na język obcy i wydrukowanie powyżej wymienionych streszczeń, od każdego uczestnika Zjazdu, ewentualnie członka Stow., może być pobierany skromny dobrowolny dodatek do normalnej składki, któryby pokrył związane z powyższym celem koszta (1 rb.). Tego rodzaju sprawozdania ze streszczeniami w języku francuskim, rozsyłane instytucyom naukowym i przedstawicielom nauki, dadzą możność światu uczonemu choć w ten sposób zapoznać się z naszą pracą, z naszą myślą, a my przytem zyskamy, że nasz dorobek naukowy nie będzie przepadał i że nie będziemy pomijani. Niech świat lekarski zrobi w tym względzie początek, a z pewnością i przedstawiciele innych działów wiedzy nie pozostawią nas samotnie«.

Sprawę tę poruszaliśmy wielokrotnie i oddawna, jednakże usiłowania wprowadzenia jej na tory praktyczne natrafiały na przeszkody, leżące głównie w nieumiejętności czy niechęci do odpowiedniej organizacyi. Już dając inicyatywę do utworzenia sekcyi prasy lekarskiej na Zjazdach lekarskich polskich, wymieniliśmy tę sprawę, jako jeden z przedmiotów obrad; istotnie też rozpatrywała ją sekcya prasowa nietylko na ostatnim, ale jeszcze na IX. Zjeździe lekarzy i przyr. polskich w r. 1900 w Krakowie. Wybrana wówczas komisya opracowała projekt organizacyi sprawozdań, oparty na przypuszczeniu, że zadania tego podejmą się redakcye pism lekarskich polskich, co się jednak niestety nie sprawdziło. Obecnie, z inicyatywy kol. Sterlinga z Łodzi, zamieszczamy od czasu do czasu w piśmie naszem listę sprawozdawców do czasopism obcych, z prośbą do autorów naszych, aby odbitki swych prac odpowiednim sprawozdawcom przesyłali.

W każdym razie ponowne poruszenie tej sprawy przez Dra Bączkiewicza, zasługuje na tem większą uwagę, że projekt oparcia organizacyi sprawozdawczej o Towarzystwa lekarskie wyda może lepszy wynik, niż próby dawniejsze. Nie dotykamy tu pytania, czy wogóle należy się starać o sprawozdania w językach obcych z naszego piśmiennictwa; wprawdzie bowiem byli i są przeciwnicy tej myśli, jednakże w opinii ogółu jest ona oddawna przesądzoną. Lekarze czescy bez wielkich rozpraw o »zasadę« wzięli się do czynu i od lat już kilku wydają »Revue de médecine tcheque«, zawierającą streszczenia w części niemieckie, w części francuskie. C.

— W miasteczku Pajęcznie w Królestwie polskiem (gub. piotrkowska) brak lekarza. Warunki dla osiedlenia się lekarza są bardzo dobre, gdyż w promieniu 30 kilometrów niema lekarza; samo miasteczko liczy 4000 mieszkańców, a okręg około 30000. Bliższych wiadomości udziela aptekarz p. St. Kazoń w Pajęcznie.

Łódź. Jak donoszą pisma warszawskie, pozwolono Towarzystwu lek. w Łodzi na Zjazd lekarzy z gub. piotrkowskiej pod warunkiem, iż referaty będą przedstawione na miesiąc przed Zjazdem do uznania gubernatora piotrkowskiego.

Z różnych stron. Przy otwarciu międzynarodowego Zjazdu ginekologów w Petersburgu przemawiali z Polaków: imieniem wydziału lekarskiego krakowskiego po polsku dziekan

Prof. Kader, imieniem narodowego komitetu polskiego Dr Neugebauer z Warszawy, imieniem Towarzystwa polskich lekarzy w Petersburgu Prof. Ziemacki, po francusku. Do prezydyum honorowego powołani zostali z Polaków profesorowie Kader i Rosner z Krakowa.

Zjazd ten był pierwszym z międzynarodowych Zjazdów lekarskich w latach ostatnich, na którym Polakom przyznano te same prawa, jak innym narodowościom, a to dzięki usilnym zabiegom Prof. Marsa ze Lwowa, prezesa komitetu narodowego polskiego i Dra J. Jaworskiego z Warszawy. Wśród wykładów było kilkanaście zgłoszonych przez Polaków. Ogólna liczba uczestników Zjazdu przekroczyła 600.

— Związek polski lekarzy i przyrodników w Petersburgu odbył 13/26 września XIII. uroczyste posiedzenie, poświęcone rodakom, przybyłym na międzynarodowy Zjazd ginekologów; porządek dzienny obejmował oprócz powitalnego przemówienia Prezesa, dwa wykłady: Dr Neugebauera: O równoczesnej ciąży macicznej i pozamacicznej i Prof. Dr Ziemackiego: Hypoteza o powstawaniu ropni opadowych przy gruźlicy chirurgicznej.

— Dr Festenburg, prezydent Izby lekarskiej lwowskiej, wybrany został wiceprezesem lekarskiego Towarzystwa ubezpieczeń od wypadków »Kosmos« w Wiedniu.

— Dr Jan Nelken, b. asystent przy katedrze chorób nerwowych i umysłowych Uniw. Jagiell., mianowany został I. asystentem kliniki psychiatrycznej w Zürichu.

— Stan kultury, oświaty i zdrowia kolonii polskich w Ameryce, odbijających pod tym względem niekorzystnie od kolonii innych narodów, skłonił grono ludzi dobrej woli do założenia w Chicago »Polskiego Uniwersytetu ludowego«, który wydał właśnie pierwsze sprawozdanie doroczne. Godzi się o nim wspomnieć w piśmie lekarskiem choćby dlatego, że na czele tej instytucyi stanęli lekarze (Dr J. Szymański i Dr Czaki), z których rekrutuje się także znaczna część prelegentów i że poważną część swej działalności poświęca ta instytucya popularyzowaniu higieny. W roku 1909/10 urządzono systematyczne wykłady p. t. »Życie i zdrowie«, »O alkoholizmie«, »O budowie ciała«, »O czynnościach ciała«, a podobne temata objęto też programem na r. 1910/11.

— Znany dermatolog w Hamburgu, Prof. P. G. Unna obchodził d. 8. września b. r. uroczyście 60-lecie urodzin. Zgromadzeni uczniowie i przyjaciele wręczyli mu dwa tomy obszernego zbioru prac, wydanych ku jego czci w liczbie 118.

— Międzynarodowy Zjazd dermatologów odbędzie się 25. do 29. IX. 1911 w Rzymie. Przewodniczącym został Prof. de Amicis z Neapolu, sekretarzem głównym Dr Ciarrochi z Rzymu.

— Zjazd chirurgów francuskich rozpocznie się w Paryżu w d. 3. X. b. r.

— Łączenie się w sekty kwitnie w Ameryce i na polu medycyny. Istnieje bowiem szkoła jaroszów, zwolennicy dyety bezpurynowej, zwolennicy dyety o małej ilości białka. Pośrednią drogę obrali Dr Wiley i Dr Benedikt, którzy zalecają nieco więcej istot białkowatych. Zwolennicy tych trzech kierunków cieszą się doskonałem zdrowiem i siłą do pracy, chociaż różnią się sposobem życia. Wszyscy jednak zgadzają się na jedno, że człowiekowi wystarcza średnia ilość pożywienia, a wszystkie te nauki wiodą do bardzo starej prawdy, że umiarkowanie jest dobre we wszystkiem. K.

Mianowani: Dr Vegrassat profesorem polikliniki chirurg. w Genewie, Dr Meuzer prof. medycyny wewn., a Dr Pfeifer Bertold prof. neurologii w Halli; Doc. Dobromyslow profesorem chirurgii w Kijowie, Dr Röpke prof. laryngologii w Solingen, Doc. Nekam prof. dermatologii w Peszcie, Doc. Polumordwinow profesorem fizyologii w Kazaniu.

Redaktor odpowiedzialny:

Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Wydawnictwo dzieł lekarskich polskich im. Edw. Korczyńskiego w Krakowie.

Zgłaszający się **wprost do Administracyi Wydawnictwa** (Dr P. B. Korolewicz, Kraków, Klinika lekarska) nabywać mogą za gotówkę i za nadesłaniem 30 hal. na przesyłkę pocztową następujące dzieła po cenach:

Jurasz: Laryngoskopia i choroby krtani (cena księgar. 4 kor. 50 hal.) za 1 kor.

Widmann: Choroby serca i tętnic (3 kor. 70 h.) 1 kor

Krówczyński: Syfilidologia (10 kor.) 2 kor.

Obaliński: Wykłady z zakresu chorób dróg moczowych męskich (3 kor. 60 h.) 1 kor.

Zuliński: Higiena szkolna (2 kor.) 1 kor.

Pieniążek: Laryngoskopia, oraz choroby krtani i tchawicy wraz z uzupełnieniem (9 kor.) 2 kor.

Smoleński: Hydroterapia (5 kor.) 2 kor.

Harajewicz: Gimnastyczne leczenie chorób niewieścich (80 hal.) 50 hal.

Rozprawy z zakresu medycyny praktycznej (Serya I. i II.) (12 kor.) 2 kor.

Gluziński: Zarys ogólnej patologii i terapii gorączki (3 kor.) 1 kor.

Pisek: Terapia chorób serca i naczyń krwionośnych. Część I. (7 kor.) 4 kor.

Jaworski: Podręcznik chorób żołądka i dyetetyki szczegółowej, cena 11 kor.

Wachholz: Podręcznik medycyny sądowej 15 kor.

L. Korczyński: Zarys balneoterapii i balneografii krajowej (12 kor.) 9 kor.

Spira: Krótki zarys nauki o chorobach usznych (10 kor.) 7 kor.

Jordan i Dobrowolski: Nauka o położnictwie 18 kor.

Biuro Redakcyi i Administracyi: Kraków, Kopernika 15, Klinika lekarska.